

**IMPORTANTE:**

El presente documento debe presentarse a SEGUROS DE OCCIDENTE, S. A., con un mínimo de 5 días hábiles antes de la hospitalización para su estudio y aprobación, en caso contrario el asegurado pagará el total de la cuenta y posteriormente presentará su reclamo.

**DATOS DEL ASEGURADO**

(SI APLICA)  
NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_ No. POLIZA: \_\_\_\_\_ No. CERT.: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO MEDICO**

NOMBRE DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA: \_\_\_\_\_  
HOSPITALIZACION DEBIDO A: \_\_\_\_\_  
ENFERMEDAD \_\_\_\_\_ CIRUGIA \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_  
ACCIDENTE \_\_\_\_\_ MATERNIDAD \_\_\_\_\_  
SEGUN SU OPONION ¿EN QUE FECHA SE ORIGINO LA LESION O ENFERMEDAD? \_\_\_\_\_  
ESPECIFICAR DIAGNOSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE DIAS DE HOSPITALIZACION: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HONORARIO MEDICO**

PROCEDIMIENTO:  MEDICO  QUIRURGICO  
DESCRIPCION: \_\_\_\_\_ CODIGO: (SEGUN TABLA DE CALIFORNIA) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
EXAMENES ORDENADOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
HONORARIOS: MEDICO PRINCIPAL: Q. \_\_\_\_\_  
MEDICO ASISTENTE: Q. \_\_\_\_\_  
ANESTESIOLOGO: Q. \_\_\_\_\_  
**TOTAL Q.** \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

**AUTORIZADO POR SEGUROS DE OCCIDENTE**

AUTORIZACION No.: \_\_\_\_\_ UNIDAD DE CIRUGIA: \_\_\_\_\_  
LIMITE DIARIO DE CUARTO Y ALIMENTOS (SEMI-PRIVADO): Q. \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_ AUTORIZADO: \_\_\_\_\_ DENEGADO: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DE OCCIDENTE**

AUTORIZADO: \_\_\_\_\_ DENEGADO: \_\_\_\_\_ AUTORIZADO No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ SELLO Y FIRMA DE CIA. DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ARISA  
SEGUROS  
SERVICIO DE PRIMERA CLASE