

SOLICITUD - AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

(En caso de cirugía programada, debe solicitarse la autorización con 5 días antes de la hospitalización)

FECHA DE SOLICITUD _____
DIA MES AÑO

Nombre de la Póliza _____ Póliza No. _____ Cert. No. _____
 Nombre del Asegurado: _____ Edad: _____
 Nombre del Dependiente: _____ Parentesco: _____ Edad: _____
 Nombre del Hospital: _____
 Fecha de admisión: _____ Fecha estimada de alta: _____
 Fecha efectiva: _____ No. Clase: _____ Primas pagadas: SI NO Meses pendientes: _____
 La hospitalización se debe a:
 ENFERMEDAD CIRUGIA CIRUGIA AMBULATORIA
 ACCIDENTE U. CUIDADOS INTENSIVOS SALA DE EMERGENCIA
 MATERNIDAD OTROS
 Fue causada la dolencia por un accidente: SI NO
 Caso afirmativo
 ¿Cuándo ocurrió? _____
 ¿Dónde ocurrió? _____
 ¿Cómo ocurrió? _____
 En caso de enfermedad, en qué fecha comenzó? _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento médico Procedimiento quirúrgico Especificar: _____
 Si habrá cirugía, indique los honorarios a cobrar y la referencia del código de cirugía tabla de California: _____
 Observaciones: _____

 Firma Asegurado y/o Patrono _____ Nombre firma y sellos médico _____ Firma sello hospital _____

AUTORIZACION DE SEGUROS PANAMERICANA

Fecha _____ Autorizada No. _____ Denegada Causa _____
 Nombre del Hospital: _____
 Días autorizados: _____ del _____ al _____ Límite diario por cuarto y alimentos: _____
HONORARIOS MEDICOS AUTORIZADOS
 Procedimiento quirúrgico: _____
 Código de Cirugía: _____ Unidades de Cirugía: _____
 Valor honorarios quirúrgicos: _____ (incluye IVA, y visitas post-operatorias) _____
 Honorarios asistente de cirugía: _____ Honorarios anestesiólogo: _____
 Otros honorarios médicos: _____
 Visitas hospitalarias, 2 diarias, valor c/u: _____
 Visita emergencia: _____ Visita intensivo, valor día piso: _____
 Observaciones: _____
 Copago a cancelar:
 Q.75.00
 20% de la cuenta
 1 día de habitación semiprivada
 Otros (especificar) _____
ADICIONALMENTE DEBE CANCELAR POR SU CUENTA LOS SIGUIENTES GASTOS NO CUBIERTOS
 1) EXCESOS SOBRE CUARTO Y ALIMENTOS, T.V., TEL., COMIDAS Y CAMAS ADICIONALES, GASTOS DIVERSOS
 2) _____
 3) _____

 Firma y sello _____

NOTA AL HOSPITAL
 a) Indispensable enviar resultados de patología en los casos que se efectúe.
 b) Si médicamente fuese necesario más días de hospitalización a los autorizados, se deberá solicitar otra autorización, indicando causa y el monto de gastos a la fecha, de no hacerlo, Seguros Panamericana no se hará cargo de dicha cuenta adicional y los gastos serán responsabilidad del Hospital.
 c) Si el presente formulario no viene completado en su totalidad no se dará trámite a la solicitud, y el mismo será devuelto a donde corresponda.
 d) Favor enviar copia de la solicitud de hospitalización autorizada.