



ROBLERED

No. DE FAX PARA DAR RESPUESTA: _____

No. AUTORIZACION: _____

PAGO DIRECTO HOSPITALIZACION Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el Médico tratante para realizar el trámite de hospitalización o procedimientos especiales de diagnóstico.

SECCION "A" DATOS GENERALES

POLIZA NO. _____ CERTIFICADO No. _____
NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
PARENTESCO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE DEL PROVEEDOR ROBLERED: _____
FECHA Y HORA DE INGRESO: _____ DE EGRESO: _____

SECCION "B" DIAGNOSTICO (sección obligatoria, debe ser completada por el Médico Tratante, de lo contrario no se atenderá su solicitud)

DIAGNOSTICO INICIAL: _____
Según su opinión cuándo se inició esta incapacidad: _____
Fecha de la primera visita por esta incapacidad: _____
Indicar los procedimientos de diagnóstico realizados: _____

Para autorizar Hospitalización es Indispensable adjuntan copia de resultado de todos los procedimiento de diagnóstico ya realizados.

SECCION "C" HOSPITALIZACION Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Para dar trámite a la autorización el médico debe especificar los procedimientos quirúrgicos, así como el procedimiento especial a realizar (ver listado de Procedimientos especiales en la guía del asegurado).

INDIQUE EL (LOS) PROCEDIMIENTO (S)

CODIGO

HONORARIOS CIRUJANO: _____ HONORARIOS AYUDANTE: _____
HONORARIOS ANESTESIA: _____ OTROS: _____
OBSERVACIONES: _____

Por este medio autorizo a cualquier Médico, laboratorio, hospital u otras instituciones que proporcionen a SEGUROS EL ROBLE cualquier información (incluyendo copia exacta de sus archivos) con respecto a tratamientos o servicios prestados a mi persona o mis dependientes.

FIRMA ASEGURADO

FIRMA Y SELLO MEDICO

FIRMA Y SELLO HOSPITAL