



Enviar formulario a: autorizacionesgm@aseguradorageneral.com

Autorización: _____ Fecha: _____

Instrucciones de uso: El formulario de solicitud deberá ser completado únicamente por el médico tratante y no por el personal administrativo. Adicionalmente deberá contener firma del asegurado, médico y hospital. Favor adjuntar hoja de ingreso del paciente.

Datos asegurado:

Número de póliza: _____ Certificado: _____

Nombre asegurado titular: _____ No. DPI: _____

Nombre del paciente: _____ No. DPI: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Empresa contratante: _____ Teléfono: _____

Informe médico:

Nombre del hospital: _____

Nombre del médico tratante: _____

Síntomas presentados: _____

Diagnósticos: _____

El asegurado ha sido tratado por la misma incapacidad: Sí: _____ No: _____

Si la respuesta es afirmativa especifique: _____

Según opinión médica cuando se originó esta enfermedad o lesión: _____

Procedimiento a realizar I: _____

Procedimiento a realizar II: _____

Honorarios médicos Cirujano: _____ Asistente: _____ Anestesia: _____

Patología: _____ Equipo: _____ Otros: _____

Código de cirugía _____

Número de visitas

Emergencia: _____ Piso: _____ UTI: _____

Días de hospital: _____

Fecha de ingreso: _____ Hora: _____

Fecha de egreso: _____ Hora: _____

Correo electrónico: _____

Firma asegurado

Sello hospital

Firma y sello médico

Observaciones: _____