

Nombre del Hospital Afiliado: _____ Fecha: _____

Información del Asegurado:

Nombre de la Empresa: _____ Certificado No.: _____

Nombre del Asegurado: _____ Edad: _____

Nombre del Dependiente: _____ Edad: _____

Información sobre la Emergencia:

Fecha de ingreso: _____ Hora: _____

Si hay hospitalización, la misma se hará en: Habitación semi-privada: _____ UCI _____

Número estimado de días de hospitalización: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Nombre del Médico que atendió la emergencia: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Si hay procedimiento quirúrgico, proporcionar el nombre del mismo con su código respectivo de acuerdo a la Tabla de Valores de California, edición 1994 para la autorización de honorarios: _____

Si no hay procedimiento quirúrgico, describir el plan de tratamiento a seguir y el monto de honorarios para su aprobación:

Nombre del Médico Tratante: _____

No. de Colegiado: _____ No. de Teléfono: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Favor recordar que toda hospitalización debe ser en habitación semi-privada y manejada por un médico afiliado al Programa de Reembolso Directo de MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.

AUTORIZACION : (para uso exclusivo de MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.) _____

Autorización No.: _____ No. de días Aprobados: _____

Cobertura de Habitación: _____ Co-Pago: _____ Tipo de Reembolso: _____

Honorarios aprobados: _____

Observaciones: _____

Firma y Sello: _____ Fecha: _____