Verificación Electrónica No. _____

SOLICITUD DE HOSPITALIZACION

SECCION A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO. APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO. APELLIDO

EDAD _____ EMPRESA / PLAN _____

CARNÉ | | | | | | | | | | | | | | | | (sin guiones) DPI: | | | | | | | | | | | | | |

SECCION B. Información a ser completada por el Médico Tratante

1. Fecha Emisión de Solicitud _____
2. Diagnóstico (s) _____
3. Fecha Estimada inicio de Enfermedad _____
4. Fecha de la primer visita por esta enfermedad _____
5. Ha sido tratado antes por esta enfermedad SI _____ Fecha _____ NO _____
6. Historia Clínica _____
7. Hospital Propuesto _____
8. Procedimiento Ambulatorio ☐ Emergencia ☐ Hospitalización ☐

Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____

SECCION C. Descripción de Procedimientos

	PROCEDIMIENTO	CODIGO
1		
2		
3		
4		

ADJUNTAR RESULTADO DE EXAMEN (ES) QUE RESPALDE (N) EL PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE

SECCION D. Médicos Tratantes

Nombre del Médico que efectuará el procedimiento _____ Colegiado No. _____

Ayudantía en Cirugías, sólo en Casos Especiales

Nombre del Médico Ayudante: _____ Colegiado No. _____

Cirugía Laparoscópica ☐ Abierta ☐

Empresa que proporcionará equipo _____

Empresa que proporcionará materiales _____ Adjuntar Presupuesto _____

En caso que el procedimiento lo requiera:

Nombre de Anestesiólogo _____ Colegiado No. _____

Nombre de Patólogo _____ Colegiado No. _____

Nombre de Pediatra _____ Colegiado No. _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

Por la presente autorizo a cualquier Médico u Hospital que proporcione a SEGUROS EL ROBLE. Cualquier información que soliciten respecto a tratamientos, exámenes u hospitalización que yo o cualquiera de mis dependientes haya recibido.

Guatemala, _____ de _____ de _____

_____ Nombre del Asegurado

_____ Firma del Asegurado

IMPORTANTE:
ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN
TODA CIRUGÍA, DEBERÁ TRAMITARSE CON 72 HORAS DE ANTICIPACIÓN, EN CASO DE EMERGENCIA EL HOSPITAL DEBE NOTIFICAR A ROBLERED EN EL TERMINO DE 24 HORAS HÁBILES
EN CASO DE PARTO, ESTE DEBERÁ SER PROGRAMADO CON 72 HORAS DE ANTICIPACION
ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A ROBLERED PODRÁN SOLICITAR PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS

VER OBSERVACIONES AL REVERSO
FECHA DE IMPRESION 16/05/2016