

# SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN POR EMERGENCIA



Nº de Verificación:

## SECCION A LLENAR POR EL HOSPITAL

Nombre Hospital afiliado:	Nombre de la Empresa Contratante:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre del responsable por el Hospital:	Nombre del Paciente:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha:	ID del paciente:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Firma y Sello:	Fecha ingreso al Hospital (dd/mm/aa):	Hora:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del médico:	Fecha de egreso del hospital (dd/mm/aa):	Hora:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Especialidad:	Nº Colegiado:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SECCION A LLENAR POR EL MÉDICO

Nombre completo del paciente:	Edad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Historia Clínica:	Diagnóstico(s) motivo de ingreso del paciente:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Fecha probable de origen de la enfermedad: (según su criterio médico):
	<input type="text"/>
Descripción del tratamiento médico:	
<input type="text"/>	
<b>Si existe cirugía favor completar:</b>	
Código(s)	Descripción
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observaciones:	Nombre del Médico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Teléfono: Nº Colegiado: Sello / Firma:
	<input type="text"/>
	Fecha:
	<input type="text"/>

Seguros Universales, S.A. 14ª Calle 7-73, Zona 9 lapdo. 01009 | Guatemala, C.A. | Tel.: 2384 7400 | www.segurosuniversales.net  
 Tel. Verificación: 2384-7474 | Tel. Asistencia: 5630-3195 | Fax: 2384-7401 | unired@segurosuniversales.net



**SECCIÓN A LLENAR POR EL ASEGURADO**

Nº de Póliza:

Nombre de la Empresa Contratante:

[ ] [ ]

Nombre completo del Paciente:

ID del Paciente:

Edad:

[ ] [ ] [ ]

Nombre Asegurado Titular:

Tel. para información:

Fecha ingreso al hospital:

[ ] [ ] [ ]

Causa de esta solicitud:

- Enfermedad  Accidente  Embarazo  Otros:

Si la solicitud es por enfermedad:

a) Describa el padecimiento:

[ ]

b) Fecha primeros síntomas:

[ ]

c) Fecha inicio tratamiento:

[ ]

d) Médico(s) que consultó al presentarse los primeros síntomas.

Nombre:

[ ]

Fecha:

[ ]

Teléfono:

[ ]

Nombre:

[ ]

Fecha:

[ ]

Teléfono:

[ ]

e) Fecha primera consulta:

[ ]

f) Si ya fue hospitalizado anteriormente por esta dolencia indique:

Nombre del hospital:

[ ]

Teléfono:

[ ]

Fecha ingreso:

[ ]

Fecha egreso:

[ ]

Si la solicitud es por accidente:

a) Fecha del accidente:

[ ]

c) Como ocurrió:

[ ]

b) Lugar donde ocurrió:

[ ]

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a esta autorización. Queda entendido que **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** se reserva el derecho de autorizar esta solicitud hasta obtener toda la información necesaria.

Lugar y fecha:

[ ]

\* Si es distinto del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Firma del Paciente\*

**PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS UNIVERSALES**