

# PRE NOTIFICACION PARA CREDITO HOSPITALARIO

## APLICA SOLO PARA HOSPITALIZACIONES PROGRAMADAS

ESTE DOCUMENTO ES TAN SOLO UNA PRE NOTIFICACION DE HONORARIOS MEDICOS PARA QUE EL ASEGURADO TENGA UNA IDEA APROXIMADA DE LOS COSTOS DE SU TRATAMIENTO MEDICO Y NO IMPLICA OBLIGACION ALGUNA PARA CON LA ASEGURADORA, QUIEN PAGARA ACORDE A LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN LA POLIZA DE SEGUROS Y A LO QUE LA HISTORIA CLINICA RESPALDE.

**DEBE SER ENTREGADO 72 HORAS ANTES DE LA HOSPITALIZACION**

CIUDAD	FECHA	POLIZA No.:			CODIGO INTERNO No.:	
	DD   MM   AA	BROKER:				
<b>DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION</b>						
EMPRESA CONTRATANTE:						
TITULAR:						
APELLIDOS		NOMBRES		CEDULA DE IDENTIDAD		
PACIENTE:						
APELLIDOS		NOMBRES		CEDULA DE IDENTIDAD	EDAD	
TIENE OTRO PLAN DE ASISTENCIA MEDICA?		SI	NO	CON QUIEN?		
<b>DATOS DE LA ATENCION MEDICA</b>						
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE :				TELEFONO:		
ESPECIALIDAD:			CEDULA DE IDENTIDAD:			
MOTIVO DE LA CONSULTA (DETALLE DE LA SINTOMATOLOGIA):						
CUANDO SE PRESENTARON LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD:				DD	MM	AA
FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA DEL PACIENTE POR ESTE DIAGNOSTICO:				DD	MM	AA
DIAGNOSTICO:						
CIE 10:		-		DD	MM	AA
DIAGNOSTICO ES POR:		ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	EMBARAZO <input type="checkbox"/>	CONGENITA <input type="checkbox"/>	OTROS (DETALES)	
PROCEDIMIENTO A REALIZARSE:						
CPT:		-		FECHA TENTATIVA DE INGRESO		
HOSPITAL DEL DIA <input type="checkbox"/>	HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>	DIAS DE INTERNACION:		DD	MM	AA
CLINICA U HOSPITAL:						
PARA CASOS DE EMBARAZO F.U.M.:		DD	MM	AA	CIUDAD:	
INTERVENCIONES ANTERIORES POR LA MISMA CAUSA?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DD	MM	AA
PACIENTE SABIA DE ENFERMEDAD?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD:		CRONICA <input type="checkbox"/> AGUDA <input type="checkbox"/>
<b>PRESUPUESTO DE HONORARIOS MEDICOS</b>			<b>DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y FIRMAS</b>			
MEDICOS	HONORARIOS	V.F.A.	Como Médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos necesarios que fuesen requeridos por la aseguradora o su representante. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información entiendo las consecuencias legales que pueden ocasionar.			
CIRUJANO						
ANESTESIOLOGO						
AYUDANTE						
OTROS MEDICOS						
TOTAL			FIRMA MEDICO:			
			CODIGO MEDICO:			
<b>OBSERVACIONES DEL MEDICO AUDITOR</b>			Como Asegurado firmo la presente solicitud confirmando que todas las declaraciones son verdaderas, al igual que autorizo a la aseguradora o su representante para que pidan cualquier otro documento que consideren necesario en cualquier momento. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información entiendo que pierdo derecho de reclamo.			
FIRMA AUDITOR:			FIRMA TITULAR:			