

## Solicitud de Extensión de Hospitalización

No. de Autorización: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Póliza: \_\_\_\_\_ Cert: \_\_\_\_\_  
Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_

### Declaración del Médico Tratante

Tiempo Solicitado por extensión de hospitalización: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico de Admisión: \_\_\_\_\_

### Solicitud de Extensión de Hospitalización por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Indicar los procedimiento(s) o tratamiento (s) realizado (s), o por realizar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Para uso de la Compañía de Seguros

Autorizado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Días de Hospitalización Autorizados: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico (s) Autorizado (s): \_\_\_\_\_

Procedimiento (s) o Tratamiento (s) Autorizado (s): \_\_\_\_\_

### Explicación si la Solicitud de Extensión de Hospitalización fue Denegada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_