

**FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION, AUTORIZACION
E HISTORIA CLINICA**

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

Nombre del Asegurado Titular: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Nombre del Paciente: _____ Parentesco _____ Edad _____ Sexo _____
 Nombre del Contratante: _____ No. de Teléfono: _____
 Póliza No. _____ Cert. _____ E-mail: _____
 Autorizo a los médicos, hospitales y cualquier institución de servicios de salud para que suministre a los representantes de MAPFRE toda información médica de mi persona o de mis dependientes elegibles, sobre cirugías y tratamientos a efectuarse incluyendo revisión y copia de expediente clínico. Esta información será utilizada para determinar si la cirugía, o tratamiento y los costos relacionados tendrán cobertura.
 Firma del Paciente: _____ Firma del Asegurado _____
 Firma del asegurado si el paciente es menor de edad _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Diagnóstico (s): Si la (s) enfermedad (es) es (son) a consecuencia de un accidente indicar COMO, CUANDO Y DONDE:
 Descripción de la lesión _____

 Hora del accidente: _____ A.M. _____ P.M. _____
 Historia Clínica del Paciente: (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual).
 Indicar Antecedentes Quirúrgicos.

FECHA(S)	DIAGNÓSTICO (S)	PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Procedimiento (s), Tratamiento (s) o exámenes especiales a realizar: (Adjuntar resultados de exámenes que respalden su diagnóstico).

Indique el tipo de atención: Hospitalización _____ Cirugía _____ Emergencia _____ Exámenes Especiales _____
 En caso de cirugía indique tipo de anestesia planeada: _____
 Fecha de los primeros síntomas: _____
 Nombre del médico que le refirió al Paciente: _____
 Hospital Seleccionado: _____
 Fecha de ingreso al Hospital o de realización del procedimiento o tratamiento médico _____
 Días de hospitalización requeridos: _____
En caso de Embarazo: _____
 Embarazo No. _____
 Fecha de la última menstruación: _____
 Fecha de la primera visita médica: _____
 Fecha probable de parto: _____

