

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:

