

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS PARA PRE-AUTORIZACION HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

1. DATOS DEL ASEGURADO

Póliza No.:	Certificado No.:
Nombres y apellidos del asegurado titular:	
Nombre del asegurado afectado:	Edad: Relación: Titular: <input type="checkbox"/> Cónyuge: <input type="checkbox"/> Hijo: <input type="checkbox"/>

2. DATOS GENERALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA (SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL CIRUJANO)

Fecha de ingreso:	Fecha estimada de alta:		
La hospitalización se debe a:			
Enfermedad <input type="checkbox"/>	Maternidad <input type="checkbox"/>	Cirugía con hospitalización <input type="checkbox"/>	Otra: _____
Accidente <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico principal:	Diagnóstico secundario:		
Según su opinión, ¿cuándo se inicio la enfermedad?:			
¿En que lugar se realizará la cirugía?:	Fecha en que será realizada la cirugía:		
Procedimiento quirúrgico a realizar (incluir código de procedimiento):	Historia clínica:		
Estimado horas quírofano:	Estimado días de hospitalización:		

3. DATOS DEL PRESUPUESTO (IVA INCLUIDO)

Honorarios cirujano:	\$	Nombre del médico:	
Honorarios ayudante:	\$	Teléfono:	E-mail:
Honorarios anestesia:	\$	Fecha _____ Firma y sello _____	
Honorarios biopsia:	\$		
Otros: _____	\$		
Observaciones y/o código de procedimiento quirúrgico:			

4. PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS DETALLAR VALORES CON IVA INCLUIDO

Nombre del médico:		
Honorarios cirujano:	\$	Condiciones: F. _____ Departamento de reclamos - Seguros Azul
Honorarios ayudante:	\$	
Honorarios anestesia:	\$	
Honorarios biopsia:	\$	
Otros: _____	\$	