



Producto Exclusivo de:



Administración Integrada de Planes de Salud

Verificación Electrónica No. _____

SOLICITUD DE HOSPITALIZACION

SECCION A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____
 1ER. NOMBRE _____ 2DO. NOMBRE _____ 1ER APELLIDO _____ 2DO. APELLIDO _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____
 1ER. NOMBRE _____ 2DO. NOMBRE _____ 1ER APELLIDO _____ 2DO. APELLIDO _____

EDAD _____ EMPRESA / PLAN _____

CARNÉ _____
 (sin guiones)

SECCION B. Información a ser completada por el Médico Tratante

1. Fecha Emisión de Solicitud _____

2. Diagnóstico (s) _____

3. Fecha Estimada inicio de Enfermedad _____

4. Fecha de la primer visita por esta enfermedad _____

5. Ha sido tratado antes por esta enfermedad SI _____ Fecha _____ NO _____

6. Historia Clínica _____

7. Hospital Propuesto _____

8. Procedimiento Ambulatorio Emergencia Hospitalización
 Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____

SECCION C. Descripción de Procedimientos

PROCEDIMIENTO	CODIGO
1	
2	
3	
4	

ADJUNTAR RESULTADO DE EXAMEN (ES) QUE RESPALDE (N) EL PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE

SECCION D. Médicos Tratantes

Nombre del Médico que efectuará el procedimiento _____ Colegiado No. _____

Ayudantía en Cirugías, sólo en Casos Especiales

Nombre del Médico Ayudante: _____ Colegiado No. _____

Cirugía Laparoscópica Abierta

Empresa que proporcionará equipo _____

Empresa que proporcionará materiales _____ Adjuntar Presupuesto _____

En caso que el procedimiento lo requiera:

Nombre de Anestesiólogo _____ Colegiado No. _____

Nombre de Patólogo _____ Colegiado No. _____

Nombre de Pediatra _____ Colegiado No. _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

Por la presente autorizo a cualquier Médico u Hospital que proporcione a MEDIPROCESOS, S. A. Cualquier información que soliciten respecto a tratamientos, exámenes u hospitalización que yo o cualquiera de mis dependientes haya recibido.

Guatemala, _____ de _____ de _____

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

IMPORTANTE:

****ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN****
 TODA CIRUGÍA, DEBERÁ TRAMITARSE CON 72 HORAS DE ANTICIPACIÓN, EN CASO DE EMERGENCIA EL HOSPITAL DEBE NOTIFICAR A RPN EN EL TERMINO DE 24 HORAS HÁBILES
EN CASO DE PARTO, ESTE DEBERÁ SER PROGRAMADO CON 72 HORAS DE ANTICIPACION
ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPN PODRÁN SOLICITAR PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS

VER OBSERVACIONES AL REVERSO