

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN POR EMERGENCIA



Nº de Verificación:

Seguros Universales, S.A. | 4ª Calle 7-73, Zona 9 | apdo. 01009 | Guatemala, C.A. | Tel.: 2384 7400 | www.segurosuniversales.net
Tel. Verificación: 2384 7474 | Tel. Asistencia: 5630 3195 | Fax: 2384 7401 | unired@segurosuniversales.net

SECCIÓN A LLENAR POR EL HOSPITAL

Nombre Hospital afiliado:	Nombre de la Empresa Contratante:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre del responsable por el Hospital:	Nombre del Paciente:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha:	ID del paciente:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Firmay Sello:	Fecha ingreso al Hospital (dd/mm/aa):	Hora:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del médico:	Fecha de egreso del hospital (dd/mm/aa):	Hora:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Especialidad:	Nº Colegiado:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN A LLENAR POR EL MÉDICO

Nombre completo del paciente:	Edad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Historia Clínica:	Diagnóstico(s) motivo de ingreso del paciente:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Fecha probable de origen de la enfermedad: (según su criterio médico): <input type="text"/>
Descripción del tratamiento médico:	
<input type="text"/>	
Si existe cirugía favor completar:	
Código(s)*	Descripción: <i>*(Tabla Valores Relativos de California)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observaciones:	Nombre del Médico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Teléfono: <input type="text"/>
	Nº Colegiado: <input type="text"/>
	Sello y Firma: <input type="text"/>
	Fecha: <input type="text"/>

SECCIÓN A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nº de Póliza:

Nombre de la Empresa Contratante:

Nombre completo del Paciente:

ID del Paciente:

Edad:

Nombre Asegurado Titular:

Tel. para información:

Fecha ingreso al hospital:

Causa de esta solicitud:

Enfermedad Accidente Embarazo Otros:

Si la solicitud es por enfermedad:

a) Describa el padecimiento:

b) Fecha primeros síntomas:

c) Fecha inicio tratamiento:

d) Médico(s) que consultó al presentarse los primeros síntomas.

Nombre:

Fecha:

Teléfono:

Nombre:

Fecha:

Teléfono:

e) Fecha primera consulta:

f) Si ya fue hospitalizado anteriormente por esta dolencia indique:

Nombre del hospital:

Teléfono:

Fecha Ingreso:

Fecha egreso:

Si la solicitud es por accidente:

a) Fecha del accidente:

c) Cómo ocurrió:

b) Lugar dónde ocurrió:

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a esta autorización. Queda entendido que **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** se reserva el derecho de autorizar esta solicitud hasta obtener toda la información necesaria.

Lugar y fecha:

Firma del Asegurado Titular

Firma del Paciente*

* Si es distinto del Asegurado Titular

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS UNIVERSALES