

## 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: \_\_\_\_\_

