



## FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIONES - PAGO DIRECTO

Lugar y fecha:		
Datos del asegurado:		
Póliza:	Contratante:	Certificado:
Asegurado titular:		DPI:
Nombre de paciente:		DPI:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Ocupación:
Teléfono del asegurado:	E-mail:	
Información médica: <i>(información a ser completada por el médico tratante)</i>		
Síntomas presentados:		
Diagnósticos: _____		

Medicamento:	AUTORIZACIÓN NO.		DESPACHO PROVEEDOR		
	Presentación	Principio activo	Dosis	Posología	Días
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

— SOLICITUD DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO		AUTORIZACIÓN NO.
<input type="checkbox"/> Rayos X	<input type="checkbox"/> Gastroscopía	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma
<input type="checkbox"/> Ultrasonido	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Electroencefalograma
<input type="checkbox"/> Tomografía	<input type="checkbox"/> Cistoscopia	<input type="checkbox"/> Densitometría ósea
<input type="checkbox"/> Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> Colposcopia	<input type="checkbox"/> Electromiograma
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Otros	
Estudios de laboratorio :		

— PROCEDIMIENTO A EFECTUAR EN HOSPITAL O CLÍNICA	
Adjuntar a la presente solicitud informes de estudios de diagnóstico.	
Nombre del proveedor afiliado:	
Procedimiento a realizar: _____	Código: _____
Costo de honorarios:	
Fecha de procedimiento:	Días de hospitalización:
Observaciones: _____	

*Asegurado: Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los médicos, hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a ASEGURADORA GENERAL, S.A., cualquier información relacionada con el record médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente.*

Firma de asegurado: \_\_\_\_\_

Firma y sello médico: \_\_\_\_\_

CUPÓN DE CONSULTA EXTERNA RED MÉDICA			
Fecha:	Número de autorización:		
Número de póliza:	Certificado:		
Nombre del asegurado titular:			
Nombre del paciente:			
Fecha de nacimiento:	Número de colegiado:		
Nombre del médico:			
Diagnósticos: _____			
	Firma del asegurado	Firma del médico	Sello del médico