

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN, AUTORIZACIÓN E HISTORIA CLÍNICA

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Nombre del Asegurado Titular:		Edad:		Sexo:	
Nombre del Paciente:		Parentesco:		Edad:	
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 Aseguradora Rural Honduras S.A. 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 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 enfermedad (es) es (son) a consecuencia de un accidente indicar COMO, CUANDO Y DONDE:				
Descripción de la lesión				
Hora del accidente:		AM:	PM:	
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 o 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 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:				

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN, AUTORIZACIÓN E HISTORIA CLÍNICA

DETALLE DE HONORARIOS COBRADOS POR LOS MÉDICOS	CÓDIGO SEGÚN TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS
Cirujano Principal:	
Médico Asistente:	
Anestesiólogo:	
Otros:	
Detalle el uso, compra o alquiler de Materiales y Equipo:	
Costo: _____	
<i>Nota: No se reconocerán los materiales y equipo especial no reportado.</i>	
Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____	
Firma y Sello del Médico Tratante: _____ Fecha: _____	

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del Hospital:		
Nombre del Paciente:		
Nombre del Titular:	No. de Póliza	No. de Cert:
Diagnóstico:		
Procedimiento Autorizado: _____		
Autorizado: Si ☐ No ☐		
Valor a pagar por Aseguradora _____ %		
Valor a pagar por el Asegurado _____ % más el 100% de los gastos no elegibles y excesos		
Cuarto y Alimentación por día: _____, Tiempo de Hospitalización Autorizado: _____, Deducible: _____		
Límite Máximo por Maternidad:		
Parto Normal Lps. _____		
Cesárea Lps. _____		
Aborto Lps. _____		

HONORARIOS RECONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA	CÓDIGO SEGÚN TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS
Cirujano Principal:	
Médico Asistente:	
Anestesiólogo:	
Otros:	
Equipo:	
Observaciones:	

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____ N. Autorización: _____

Observación: Esta aprobación está basada en los diagnósticos, historia clínica y procedimientos antes descritos y su validez de 30 días.

Nota. Este formulario debe ser presentado a la compañía de seguros con cinco (5) días de anticipación a la realización del procedimiento quirúrgico o tratamiento médico. En caso de maternidad solicitar la autorización con quince (15) días de anticipación a la fecha probable de parto.

Cualquier procedimiento adicional o complicaciones deberán ser notificados inmediatas para su debida evaluación.

Gastos no cubiertos como son: Acompañante, aire acondicionado, teléfono, servicio de apoyo y todos gastos que no tengan relación directa con la recuperación del paciente, etc.