nuestra esencia es **humana**

Solicitud de Preautorización hospitalaria

Número de Tránsito:

Esta solicitud debe ser presentada a HUMANA S.A. **con mínimo 5 días hábiles antes** de la cirugía programada y debe ser llenada con todos los datos completos. HUMANA S.A. responderá su requerimiento en 2 días hábiles.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: _____

Seleccione el Contrato al que desea aplicar este crédito: Corporativo ☐ Individual ☐ Empresarial ☐ Renacer ☐ Proteger ☐

Titular: _____ (Apellidos y nombres) Cédula: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono Domicilio: _____ Ciudad: _____ E-mail: _____

Paciente: _____ (Apellidos y nombres) Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)

HOSPITAL-CLÍNICA DE ATENCIÓN: _____ Fecha tentativa de Ingreso: Día ____ Mes ____ Año ____

TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatorio ☐ Hospital del día ☐ Hospitalario ☐ **TIPO DE ANESTESIA:** Local ☐ Raquídea/Epidural ☐ General ☐

Nombre del Médico Tratante: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____

RUC: _____ ¿Usted mantiene convenio con HUMANA? Si ☐ No ☐ ¿Es del Staff del Hospital/Clínica? Si ☐ No ☐

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Género: _____

Diagnóstico definitivo:

CIE 10	
CIE 10	
CIE 10	

La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad ☐ Accidente ☐ Embarazo ☐ Fecha FUM: Día ____ Mes ____ Año ____

Fecha de inicio de los primeros síntomas: Día ____ Mes ____ Año ____ Fecha del diagnóstico primera vez: Día ____ Mes ____ Año ____

APP (Antecedentes Patológicos Personales): _____

APQ (Antecedentes Previos Quirúrgicos): _____

Hallazgos de Laboratorio, Imagen e Interconsultas más relevantes: _____

DETALLE DE PROCEDIMIENTO(S) A REALIZAR:

Código CPT		USD
Código CPT		USD
Código CPT		USD
		USD

En caso de requerir Ayudantía, favor indicar el nombre del Médico Ayudante: _____ USD _____

Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR

Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asímismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)

NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.

FIRMA DEL TITULAR

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

- ☐ Resultados e informes de exámenes de laboratorio, imágenes, con relación al procedimiento programado
- ☐ Placas de Imágenes realizados al paciente: Rayos X, Tomografías, Resonancias Magnéticas, etc.
- ☐ Historia clínica completa en el Formato 002 del MSP (o su equivalente)

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro **N° 53320** con oficio **N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007978-O, de 01 de marzo de 2021**.