EL ROBLE
Asegura lo que más quieres

Verificación Electrónica No._____

SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN_____ No. CELULAR:_____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR_____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE_____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

EDAD_____ EMPRESA/PLAN_____

CARNÉ _____ DPI _____

SECCIÓN B. Información a ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD_____

DIAGNÓSTICOS (S) _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

FECHA DE LA PRIMERVISITA POR ESTA ENFERMEDAD _____

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI ☐ FECHA_____ NO ☐

HISTORIA CLÍNICA_____

_____

PROCEDIMIENTO AMBULATORIO ☐ EMERGENCIA ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐

HOSPITAL PROPUESTO_____

FECHA DE INGRESO_____ FECHA DE EGRESO_____

SECCIÓN C. Descripción de Procedimientos

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	

ADJUNTAR RESULTADO DE EXAMEN (ES) QUE RESPALDE (N) EL PROCEDIMIENTOA EFECTUARSE

SECCIÓN D. MédicosTratantes

NOMBRE DEL MÉDICO QUE EFECTUARÁ EL PROCEDIMIENTO _____ Colegiado No._____

AYUDANTÍA EN CIRUGÍAS, SOLO EN CASOS ESPECIALES

NOMBRE DEL MÉDICO AYUDANTE _____ Colegiado No._____

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ☐ ABIERTA ☐

EMPRESA QUE PROPORCIONARÁ EL EQUIPO _____

EMPRESA QUE PROPORCIONARÁ MATERIALES _____ ADJUNTAR PRESUPUESTO_____

EN CASO QUE EL PROCEDIMIENTO LO REQUIERA

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO _____ Colegiado No._____

NOMBRE DEL PATÓLOGO _____ Colegiado No._____

NOMBRE DEL PEDIATRA _____ Colegiado No._____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO NO. _____ TELÉFONO_____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

Por la presente autorizo a cualquier Médico u Hospital que proporcione a SEGUROS EL ROBLE. Cualquier información que soliciten respecto a tratamientos, exámenes u hospitalización que yo o cualquiera de mis dependientes haya recibido.

Guatemala _____de_____de_____

_____ _____
Nombre del Asegurado Firma del Asegurado

IMPORTANTE:
****ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN****
MEDIANTE EL USO Y PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO OTORGO AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, LABORATORIO, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y OTRAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONE A SEGUROS EL ROBLE S.A Y/O AL CONTRATANTE, CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS) CON RESPECTO A TRATAMIENTOS O SERVICIOS PRESTADOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES.

"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 SEGUROS EL ROBLE, S.A., cualquier información relacionada con el expediente médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnostico y demás información pertinente. Asimismo, declaro estar enterado de la aplicación del Artículo 915 (Extinción de Responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala"

RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL PACIENTE

- Toda cirugía, deberá tramitarse con 72 horas de anticipación, en caso de emergencia el hospital debe notificar a roblered en el termino de 24 horas hábiles
- En caso de parto, este deberá ser programado con 72 horas de anticipación
- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica
- Para gestionar la solicitud, es indispensable adjuntar los resultados de los exámenes realizados
- Cualquier Solicitud de Hospitalización alterada NO será tramitada
- Para consultar los proveedores afiliados a RobleRed visite roblered.mediprocesos.com