

**FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN E HISTORIA CLÍNICA  
SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD**



Nombre del Asegurado:

N° de Cédula:

Póliza N°

N° de Certificado:

Nombre del Paciente:

N° de Cédula:

Teléfonos:

Sexo:  M  F

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACION A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Por la presente, manifiesto de manera voluntaria en autorizar a todo médico, hospital, clínica e intermediarios de seguros Mapfre Costa Rica, a proporcionar datos o información sobre mi o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico o expediente clínico necesario para el procesamiento de este análisis.

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE  
(VERIFIQUE LOS DATOS GENERALES DEL PACIENTE)**

1. Diagnóstico principal y ICD: \_\_\_\_\_

2. Historia Clínica del paciente (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual):

<u>FECHAS (S)</u>	<u>DIAGNÓSTICOS</u>	<u>TRATAMIENTOS</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Antecedentes Quirúrgicos con sus fechas: \_\_\_\_\_

**En caso de embarazo:** Embarazo N°: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_

4. Hallazgo físicos pertinentes: \_\_\_\_\_

5. Resultados significativos de laboratorio: \_\_\_\_\_

6. Resultados significativos de Rayo X: \_\_\_\_\_

**Adjuntar resultados de los diferentes exámenes preliminares relacionados con esta dolencia.**

7. Indique tratamiento planeado, quirúrgico o médico: \_\_\_\_\_

CTP \_\_\_\_\_  
CTP \_\_\_\_\_

CPT \_\_\_\_\_  
CPT \_\_\_\_\_

Tipo de Intervención :  Ambulatorio  Hospitalario

8. Fecha programada para la hospitalización del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha planeada de cirugía: \_\_\_\_\_ Días solicitados para la hospitalización: \_\_\_\_\_ días

Tipo de anestesia  General

**Hospital seleccionado:** \_\_\_\_\_

Planeada:  Local

**Médico Anestesiólogo:** \_\_\_\_\_

Raquídea

**Médico Asistente:** \_\_\_\_\_

9. Estimación de cargos y Beneficios de póliza:

Solicitado

Honorario del Cirujano:	
Honorario del Anestesiólogo:	
Honorario del Asistente:	
Visitas Intrahospitalarias:	

Firma del médico

Fecha

Aprobado por:

Nombre y especialidad (letra imprenta)

Número de teléfono

Fecha:

Apartado o dirección o N° de fax

