

**Formulario Solicitud de Precertificación**

 D'Ub. : c'Xa YX  G'j Yfa YX  : 97<5 \_\_\_\_\_

**Datos del asegurado**

ASEGURADO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	Bi A 9FC
-----------	--	----------

COMPAÑIA

PÓLIZA NO.	VIGENTE DESDE	HASTA
------------	---------------	-------

**Datos del paciente**

NOMBRE	CÉDULA
FECHA DE NACIMIENTO	ID PACIENTE
	TELÉFONOS EN USA

**Datos precertificación**

EL PACIENTE SOLICITÓ PRECERTIFICACIÓN PARA: <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización	FECHA FIJADA PROCEDIMIENTO
--	----------------------------

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMIENTO

**Datos del hospital**

HOSPITAL	TELÉFONO
----------	----------

DIRECCIÓN (Calle/Número)

PROVINCIA/ESTADO	BARRIO/SECTOR
------------------	---------------

CIUDAD	PAÍS
--------	------

PERSONA CONTACTO EN EL HOSPITAL (ASISTENTE)

**Datos del doctor**

NOMBRE
--------

TELÉFONO DEL CONSULTORIO	CÉLULAR
--------------------------	---------

NOTA: En caso del paciente requerir hospitalización o cirugía posterior a una consulta, dichos servicios deberán ser notificados por esta misma vía.