



No. VERIFICACIÓN:

## PAGO DIRECTO:

Completar con letra legible. Es importante no dejar espacios en blanco, para que se pueda emitir autorización, y que el médico firme y selle los espacios indicados.

## ORDEN DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA:

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
9 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_

## ORDEN DE ESTUDIOS ESPECIALES (necesitan pre autorización):

Centro de Diagnóstico Afiliado al que se refiere: \_\_\_\_\_

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ecocardiograma                 | <input type="checkbox"/> Electroencefalograma  | <input type="checkbox"/> Tomografía           |
| <input type="checkbox"/> Monitorio ambulat. P. Arterial | <input type="checkbox"/> Electromiograma       | <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética |
| <input type="checkbox"/> Holter Cardíaco                | <input type="checkbox"/> Doppler Carotideo     | <input type="checkbox"/> Mamografía           |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo             | <input type="checkbox"/> Doppler Trasesofágico | <input type="checkbox"/> Densitometría Ósea   |
| <input type="checkbox"/> Gastroscopia                   | <input type="checkbox"/> Centellograma         | <input type="checkbox"/> Pielograma           |
| <input type="checkbox"/> E.R.C.P.                       | <input type="checkbox"/> Colonoscopia          |   |

Firma y Sello del Médico Tratante

\* Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza contratada.

## MEDICAMENTOS (necesitan pre autorización):

Nombre del Medicamento	Nombre Genérico	Dosis y Frecuencia	Tiempo de Tratamiento		
			Días	Mes	Indefinido
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Firma y Sello del Médico Tratante

\* Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza contratada.

## HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA (necesitan pre autorización):

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha Ingreso Hospital: \_\_\_\_\_

Sí existe cirugía favor completar: \_\_\_\_\_ \*(Tabla de valores Relativos de California)

Código (s)\* \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	Honorario Solicitado	Nombre del Médico	No. Colegiado	Especialidad
Cirujano Principal	Q. _____	_____	_____	_____
Ayudante	Q. _____	_____	_____	_____
Anestesia	Q. _____	_____	_____	_____
Otros	Q. _____	_____	_____	_____
Equipo Especial	_____			

**Nota:** Todo equipo y/o material que no haya sido pre autorizado, no será cubierto al momento del egreso. Adjuntar todos los estudios realizados, para esta solicitud enviar con tres días de anticipación a la fecha de ingreso al hospital.

**SEGUROS UNIVERSALES S.A.** pagará los honorarios médicos autorizados dependiendo de los convenios particulares. En ningún momento se pagarán aquellos gastos no autorizados.

**Importante:** Este formulario tiene una validez de 15 días hábiles, desde la fecha en que el médico lo extiende. Deberá ser completado sin tachones o enmiendas.