

**SOLICITUD DE PRE-CERTIFICACION
HOSPITALARIA Y/O QUIRURGICA**

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO

Nombre del asegurado: _____ No. de Póliza: _____ No. del Cert: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: M F Fecha de Nac. _____
Mes/día/año

Nombre del médico de cabecera: _____

Nombre del médico que remite al paciente: _____

Hospital donde desea la admisión: _____ Fecha que desea la admisión: _____
Mes/día/año

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario (máximo dos) 1. _____ 2. _____

Procedimiento quirúrgico: _____ Ambulatorio Hospitalario

Honorarios médicos \$ _____ Anestesia \$ _____

Resumen de historia clínica _____

Antecedentes _____

Resultados de estudios de gabinete y laboratorio pertinentes (adjuntar informes) _____

Nombre, Firma y Sello del médico

Fecha de solicitud mes/día/año

Observación: Hago constar que la información suministrada es veraz y está basada en el historial clínico del paciente.

AUTORIZACION PAN AMERICAN LIFE, S.A., SEGUROS DE PERSONAS

APROBADO

NO APROBADO

Responsabilidad Pan American Life

Responsabilidad Asegurado

Cirugía _____ Código _____

Deducible _____

Anestesia _____ Código _____

Gastos Hospitalarios elegibles _____

Gastos Hospitalarios elegibles _____

Cirugía _____

Cuarto y alimento _____

Anestesia _____

Otros _____

Otros _____

Aprobado _____

Fecha _____

Nota al hospital

Mes/día/año

- En caso de cirugía, es indispensable la presentación del reporte operatorio
- Para aprobación o extensión de días de hospitalización llamar al 2209-2714 o e-mail: autorizacionesmedicas.sv@palig.com