

Línea de Negocio: _____

Plan: _____

Fecha: Día Mes Año

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Celular: _____ E-mail: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)

Nombre del médico tratante: _____ C.I./R.U.C.: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: CIE 10 _____

Describe los síntomas y signos: _____

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de la enfermedad? Fecha: Día Mes Año

Fecha de la primera vez que el paciente lo consultó por esta enfermedad Fecha: Día Mes Año

Cirugías u hospitalizaciones anteriores: Sí No En caso de embarazo F.U.M. Fecha: Día Mes Año

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Pasados): _____

Hallazgos de Laboratorio, Imagen, Interconsultas: _____

Honorarios médicos por procedimiento a realizarse:

Médico Principal:

Código CPT: _____ \$

Ayudante: _____ \$

Anestesiología: _____ \$

Hospital del día Hospitalario Nombre del hospital o clínica: _____

Valor estimado de costos del hospital o clínica _____ \$

Fecha tentativa de ingreso: Día Mes Año

Como médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos tanto de exámenes complementarios, de apoyo, diagnóstico, así como la copia de la Historia Clínica, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.

FIRMA, SELLO Y CÓDIGO DEL MÉDICO

3. PACIENTE / TITULAR

Firmo la presente solicitud, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

FIRMA DEL TITULAR

NOTA: Si el beneficiario es menor de edad, firma el titular

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE CRÉDITO HOSPITALARIO (Revisar si cumple con la documentación)

- Formulario de solicitud de autorización de crédito hospitalario.
- Resultados e informes de exámenes en relación al procedimiento a realizarse.
- Historia Clínica en el formato 002 emitido por el Ministerio de Salud Pública (o su equivalente).
- Presupuesto o proforma del procedimiento a realizar.
(Debe incluir el costo de los servicios hospitalarios, honorarios médicos, insumos especiales, prótesis, entre otros).

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento:

El registro No **53057; (Plan Individual)** con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00037929-O**, de 24 de septiembre de 2020.

El registro No **52922; (Plan Empresarial)**; con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00032190-O**, de 20 de agosto de 2020.

El registro No **53274; (Plan Corporativo)**; con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00048236-O**, de 26 de noviembre de 2020.

El registro No **53233; (Plan Proteger)**; con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00048328-O**, de 26 de noviembre de 2020.

El registro No **53256; (Plan Renacer)**; con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00048327-O**, de 26 de noviembre de 2020.