

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: \_\_\_\_\_ \$

Anestesiólogo: \_\_\_\_\_ \$

Hospital del día  Hospitalario  Nombre 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).