



## FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIONES - PAGO DIRECTO

Lugar y fecha:		
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>		
Póliza:	Contratante:	Certificado:
Asegurado titular:		DPI:
Nombre de paciente:		DPI:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Ocupación:
Teléfono del asegurado:	E-mail:	
<b>INFORMACIÓN MÉDICA</b> (información a ser completada por el médico tratante)		
Síntomas presentados:		
Diagnósticos:		

— SOLICITUD DE MEDICAMENTOS	AUTORIZACIÓN NO.:		DESPACHO #:		
	Presentación	Principio activo	Dosis	Posología	Días
Medicamento:					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

— SOLICITUD DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO	AUTORIZACIÓN NO.	
Rayos X:	Gastroscopía:	Electrocardiograma:
Ultrasonido:	Colonoscopia:	Electroencefalograma:
Tomografía:	Cistoscopia:	Densitometría ósea:
Resonancia magnética:	Colposcopia:	Electromiograma:
Ecocardiograma:	Otros:	
Estudios de laboratorio :		

— PROCEDIMIENTO A EFECTUAR EN HOSPITAL O CLÍNICA	
Adjuntar a la presente solicitud informes de estudios de diagnóstico.	
Nombre del proveedor afiliado:	
Procedimiento a realizar:	Código:
Costo de honorarios:	
Fecha de procedimiento:	Días de hospitalización:
Observaciones:	

Asegurado: Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los médicos, hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a ASEGURADORA GENERAL, S.A., cualquier información relacionada con el record médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente.

Firma de asegurado: \_\_\_\_\_

Firma y sello médico: \_\_\_\_\_

CUPÓN DE CONSULTA EXTERNA RED MÉDICA			
Fecha:	Número de autorización:		
Número de póliza:	Certificado:		
Nombre del asegurado titular:			
Nombre del paciente:			
Fecha de nacimiento:	Número de colegiado:		
Nombre del médico:			
Diagnósticos:	Firma del asegurado	Firma del médico	Sello del médico