

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Favor presentar 72 horas antes de la hospitalización

SECCIÓN A.- DEBE SER COMPLETADO POR EL AFILIADO

Tipo de plan: **TOTAL** **ELEGIR**

No. de Contrato: No. Flia: No. Usuario:

Fecha de afiliación: Ciudad:

Nombre de la Empresa: Teléfonos:

Nombre del Titular: Edad:

Nombre del Paciente:

SECCIÓN B.- DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Detalle de signos y síntomas de la patología actual:

Tiempo de evolución de la enfermedad:

Diagnóstico: (Presuntivo).....

Diagnóstico: (Definitivo).....

CIE-10: Código CPT de procedimientos quirúrgicos a realizarse:

La enfermedad actual es:

Aguda Crónica Infecciosa

Por accidente Congénita Otros

Especifique:

Fecha probable de ingreso para procedimiento:

Tiempo estimado de hospitalización:
(Desde el ingreso al hospital)

Tipo de cirugía: Urgente Planificada Ambulatoria

Tipo de internamiento: Hospital del día Hospitalización Estancia corta
(Menos de 12 horas) (Más de 24 horas) (Menos de 4 horas)

Hospital o Clínica donde se realizará el procedimiento:
(INFORMACIÓN ES LLENADA EN ECUSANITAS AL EMITIR ADS)

Nombre del médico responsable: Especialidad

Teléfonos a los que se le puede contactar en caso de ampliar la información:

Fecha y ciudad:

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA, AUTORIZANDO LA VERIFICACIÓN DE LA MISMA ADJUNTO LOS EXÁMENES E HISTORIA CLÍNICA COMPLEMENTARIA.

DD / MM / AAAA

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL MÉDICO EN EL ACCES

USO EXCLUSIVO DE AUDITORÍA MÉDICA DE ECUSANITAS

Códigos Autorizados:

.....

Equipo Quirúrgico Cirugía:

.....

Alquiler de Equipo:

.....

Clínica:

Hallazgos Quirúrgicos:

.....

.....

Observaciones de Auditoría:

.....

.....

.....

Fecha de recepción:

Fecha de aprobación:

Firma del médico auditor

INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE SOLICITUD DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS

Para efectos de autorizar un procedimiento quirúrgico, se deberá llenar el Formulario de solicitud de Pre-Autorización de Procedimientos Quirúrgicos de Ecuasanitas de la siguiente manera:

SECCIÓN A.- INFORMACIÓN AFILIADO:

- El contratante, el afiliado o su representante debe llenar todos los campos que se solicita en esta sección de acuerdo a su plan contratado.

SECCIÓN B.- INFORMACIÓN MÉDICA:

- Deberá detallar la sintomatología relevante, tiempo de evolución de la patología y más información que a su juicio considere necesaria.
- El o los diagnósticos pertinentes.
- El o los Procedimientos Quirúrgicos a realizarse, indicando el Código que corresponda al tarifario Mc Graw Hill (Taba Metro).
- A toda esta información se adjuntará copia de los resultados de exámenes complementarios realizados al usuario y que sustenten la incapacidad a tratar.
- La solicitud y los resultados de los exámenes deberá ser presentada por el afiliado a la Compañía con 72 horas de anticipación para la respectiva auditoría médica previa la autorización por escrito.
- La información debe ser completa y veraz, éste es un documento médico legal que servirá para sustentar el pago al prestador del servicio.