



SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____ No. CELULAR: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____

1ER. NOMBRE _____ 2DO. NOMBRE _____ 1ER. APELLIDO _____ 2DO. APELLIDO _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

1ER. NOMBRE _____ 2DO. NOMBRE _____ 1ER. APELLIDO _____ 2DO. APELLIDO _____

EDAD _____ EMPRESA/PLAN _____

CARNÉ DPI

SECCIÓN B. Información a ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD _____

DIAGNÓSTICOS (S) _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

FECHA DE LA PRIMERVISITA POR ESTA ENFERMEDAD _____

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI FECHA _____ NO

HISTORIA CLÍNICA _____

PROCEDIMIENTO AMBULATORIO EMERGENCIA HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL PROPUESTO _____

FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE EGRESO _____

SECCIÓN C. Descripción de Procedimientos

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
1. _____	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>

ADJUNTAR RESULTADO DE EXAMEN (ES) QUE RESPALDE (N) EL PROCEDIMIENTO/A EFECTUARSE

SECCIÓN D. Médicos Tratantes

NOMBRE DEL MÉDICO QUE EFECTUARÁ EL PROCEDIMIENTO _____ Colegiado No. _____

AYUDANTÍA EN CIRUGÍAS, SOLO EN CASOS ESPECIALES

NOMBRE DEL MÉDICO AYUDANTE _____ Colegiado No. _____

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ABIERTA

EMPRESA QUE PROPORCIONARÁ EL EQUIPO _____

EMPRESA QUE PROPORCIONARÁ MATERIALES _____ ADJUNTAR PRESUPUESTO _____

EN CASO QUE EL PROCEDIMIENTO LO REQUIERA

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO _____ Colegiado No. _____

NOMBRE DEL PATÓLOGO _____ Colegiado No. _____

NOMBRE DEL PEDIATRA _____ Colegiado No. _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO NO. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

Por la presente autorizo a cualquier Médico u Hospital que proporcione a SEGUROS EL ROBLE. Cualquier información que soliciten respecto a tratamientos, exámenes u hospitalización que yo o cualquiera de mis dependientes haya recibido.

Guatemala _____ de _____ de _____

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

IMPORTANTE:

ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN

MEDIANTE EL USO Y PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO OTORGO AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, LABORATORIO, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y OTRAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONE A SEGUROS EL ROBLE S.A Y/O AL CONTRATANTE, CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS) CON RESPECTO A TRATAMIENTOS O SERVICIOS PRESTADOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES.

“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 SEGUROS EL ROBLE, S.A., cualquier información relacionada con el expediente médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente. Asimismo, declaro estar enterado de la aplicación del Artículo 915 (Extinción de Responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala”

RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL PACIENTE

- Toda cirugía, deberá tramitarse con 72 horas de anticipación, en caso de emergencia el hospital debe notificar a roblered en el término de 24 horas hábiles
- En caso de parto, este deberá ser programado con 72 horas de anticipación
- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica
- Para gestionar la solicitud, es indispensable adjuntar los resultados de los exámenes realizados
- Cualquier Solicitud de Hospitalización alterada NO será tramitada
- Para consultar los proveedores afiliados a RobleRed visite roblered.mediprosesos.com