

## SEGURO DE PERSONAS - FORMULARIO DE PREAUTORIZACIONES

Nombre del Asegurado		Compañía		No. Póliza		Teléfono		
Nombre del Paciente			Cédula		Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Parentesco						
Diagnóstico Principal								
Historia Clínica								
Resultados de Estudios Realizados (Adjuntar copia)								

Código Procedimiento	Descripción	Fecha de atención	Costo	Lugar

Días Requeridos de Hospitalización		Requiere Anestesia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre del Hospital o Clínica Seleccionada			
Nombre del Anestesiólogo			

Autorizo a todos los Doctores o cualquier otra persona que me examinaron y a todos los hospitales, ambulatorios, aseguradores o cualquier otra institución para que suministre a Óptima Compañía de Seguros, cualquier información y tenga acceso a todos mis reclamos, informes, pre autorizaciones e historial clínico.

Nombre del Médico		Teléfono/Fax		Firma y Sello		Fecha	

Firma del Paciente o Persona Responsable