Seguros Atlántida

Solicitud de autorización para crédito hospitalario

Ciudad: Quito Fecha: Día ___ Mes ___ Año ____ Número de Autorización

Número de póliza: 9414 Broker: Raúl Coka Barriga

1. Datos Generales

Empresa: Colegio Alemán de Quito Fecha de inlusión a la póliza: 01/11/2024 Fecha de vigencia de la póliza: 31/10/2025

Titular: Apellidos: Nombres: CI:

Paciente: Apellidos: Nombres: Parentezco: Edad:

Dirección de domicilio:

Telf. De domicilio: Telf. 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:

(Adjuntar exámenes que soporten el diagnóstico, rayos X, tomografías, exámenes de laboratorio)

CIE 10:

Describa los síntomas y signos:

Fecha en que se presentan los síntomas por primera vez Fecha: Día ___ Mes ___ Año ____

Fecha de la primera vez que el paciente lo consultó por esta enfermedad Fecha: Día ___ Mes ___ Año ____

En caso de Embarazo F.U.M Fecha: Día ___ Mes ___ Año ____

Breve historia clínica:

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad Si ☐ No ☐ Se trata de una enfermedad: Crónica ☐ Aguda ☐

Procedimiento a realizarse:

Hospital del día ☐ Hospitalario ☐ Nombre del hospital o clínica:

Número de días de Hospitalización

Fecha tentativa de ingreso Día ___ Mes ___ Año ____

PRESUPUESTO DE HONORARIOS	VALOR	CÓDIGO
Cirujano		
Anestesiólogo		
Ayudante		
Otros		

FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

Como médico certifico que todo lo escrito en este documento es verdadero y si Seguros Atlántida requiere los respaldos médicos, se los proporcionaré sin ningún inconveniente.

3. Espacio reservado para la aprobación de Seguros Atlántida

COBERTURAS	VALOR APROBADO
Límite máx. Autorizado	
Cuarto y Alimento diario	
Honorarios Cirujano	
Honorarios Anestesiólogo	
Honorarios Ayudante	
% Autorización de Crédito	
Otros	

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZACIÓN

Nombre:

Fecha:

*IMPORTANTE LLENAR TODOS LOS CAMPOS