

DATOS DEL SEGURO

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|------|------|------|
| No. Póliza: | | No. Certificado: | | | |
| Nombre del Contratante: | | | | | |
| Nombre del Asegurado titular: | | | | | |
| Nombre del paciente: | | Fecha de nacimiento: | Día: | Mes: | Año: |
| Motivo de la hospitalización: | Enfermedad: <input type="checkbox"/> | Accidente: <input type="checkbox"/> | | | |
| Describa cómo sucedió el accidente: | | | | | |
| Si es por enfermedad, en su opinión cuando iniciaron los primeros síntomas: | | | Día: | Mes: | Año: |

RESUMEN CLÍNICO (puede anexar documentación)

| | | | |
|--|--|---|--|
| Historia clínica: | | | |
| Antecedentes personales: | | | |
| Exámen físico: | | | |
| Reporte de exámenes y estudios realizados: | | | |
| Diagnóstico principal: | | | |
| Diagnóstico secundario: | | | |
| Procedimiento requerido: | Examen Especial <input type="checkbox"/> | Procedimiento Hospitalario <input type="checkbox"/> | Procedimiento Ambulatorio <input type="checkbox"/> |
| Describa: | | | |
| | | | |
| | | | |

COSTOS MÉDICOS E INSUMOS ESTIMADOS

| | | | | | |
|--|------|----------------|------------------------------------|----------------|----------------|
| Honorarios Quirúrgicos: | US\$ | (IVA incluido) | Honorarios de Anestesia: | US\$ | (IVA incluido) |
| Honorarios Patología: | US\$ | (IVA incluido) | Otros: | US\$ | (IVA incluido) |
| Hospital donde se internará: | | | Días estimados de Hospitalización: | | |
| Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria): | | | US\$ | (IVA incluido) | |
| Firma y sello del médico tratante | | | | | |
| | | | Día: _____ | Mes: _____ | Año: _____ |

Nota: Adjuntar resultados de estudios realizados previos a la autorización.

Toda preautorización deberá ser registrada en el portal de proveedores. Si no se cuenta con el acceso en línea a nuestro portal, favor remitir al correo electrónico: gastosmedicos@acsa.com.sv