

**FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN E HISTORIA
CLÍNICA
SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD**



Paciente:

Fecha de nacimiento

Sexo: ☐ M ☐ F

Tomador:

Póliza N°

Teléfonos

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE
(VERIFIQUE LOS DATOS GENERALES DEL PACIENTE)**

1. Diagnóstico principal y ICD: _____

2. Historia Clínica del paciente (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual):

<u>FECHAS (S)</u>	<u>DIAGNÓSTICOS</u>	<u>TRATAMIENTOS</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Antecedentes Quirúrgicos con sus fechas: _____

En caso de embarazo:

Embarazo N°: _____ FUM: _____

4. Hallazgos físicos pertinentes: _____

5. Resultados significativos de laboratorio: _____

6. Resultados significativos de Rayo X: _____

Adjuntar resultados de los diferentes exámenes preliminares relacionados con esta dolencia.

7. Indique tratamiento planeado, quirúrgico o médico: _____

8. Fecha programada para la hospitalización del paciente: _____ Fecha planeada de cirugía: _____ Tiempo estimado para la hospitalización: _____ días

Tipo de anestesia ☐ General

Hospital seleccionado: _____

Planeada: ☐ Local

Médico Anestesiólogo: _____

☐ Raquídea

9. Estimación de cargos y Beneficios de póliza:

Solicitado

CTP _____

Honorarios por
Procedimientos y/o cirugía

Honorarios de Anestesiólogo:

Días solicitados para este procedimiento:

_____ días

Firma del médico

Fecha

Aprobado por:

Nombre y especialidad (letra imprenta)

Número de teléfono

Fecha:

Apartado o dirección o N° de fax



MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A.

Cédula Jurídica 3-101-560179, Licencia N° A03 . San José, Barrio Tournón, costado este de Periódico La República, Edificio Alvasa. T. (506) 2010 3000 F. (506) 2221 4656. Línea Gratuita. 8000 62 73.73 Email. info@mapfre.co.cr www.mapfre.cr