

Este formulario debe ser completado con letra legible por el médico especialista

Contratante: Póliza No. Certificado No.

Para cirugías programadas deberá presentar este formulario debidamente completado con cinco días de anticipación, en caso de emergencia las 24 horas siguientes al evento. Al no cumplir con estos requisitos la compañía se reserva el derecho de pago.

Nombre del Asegurado:

Nombre del Dependiente (si aplica):

Fecha de Nacimiento: / / Sexo: F M

Nombre del Médico Tratante Dr. (a):

Médico Pertenece a la Red Médica MAPFRE: Si No

Hospital donde será ingresado:

Fecha de hospitalización: / / Días de Hospitalización:

Fecha que iniciaron los primeros síntomas:

Diagnóstico principal:

Diagnóstico secundario:

¿El diagnóstico es a consecuencia de accidente? Si No

En caso de ser afirmativo, detallar: ¿Cuándo?, ¿Dónde? y ¿Cómo ocurrió?

Detallar el procedimiento quirúrgico (indicar técnica quirúrgica) o el estudio especial a realizar:

Indicar tipo de procedimiento quirúrgico: Ambulatorio Hospitalario

Antecedentes clínicos del paciente (Adjuntar informes médicos, nombre del primer médico consultante, fechas y diagnóstico), resultados de estudios previos si hubieren.

Hago constar que la información brindada es verdadera y se ampara en el historial clínico del paciente y autorizo a MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. a verificar los conceptos descritos.

Honorarios primer cirujano: US\$ IVA INCLUIDO Biopsia: US\$ IVA INCLUIDO

Honorarios segundo cirujano: US\$ IVA INCLUIDO Otros: US\$ IVA INCLUIDO

Honorarios de Anestesia: US\$ IVA INCLUIDO

Ampliar historia clínica y antecedentes médicos:

Detallar si será necesario equipo especial:

Nombre de Laboratorio de Patología:

Firma y sello del médico tratante

Firma del Asegurado

Fecha de solicitud