

**FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION  
EXAMENES ESPECIALES**

**Estimado Asegurado:** Para exámenes especiales programados, tendrá que presentar este formulario debidamente completado por el médico especialista que solicita el examen con cinco días de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo posterior a las 24 horas de efectuar el examen. Al no cumplir estos requisitos la Compañía se reserva el derecho de pago.

**Sección a completar por el Médico tratante)**

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_ No. Póliza \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Nombre Asegurado Titular: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_ Mes \_\_ Año \_\_

Causa del Padecimiento: Accidente  Enfermedad  Embarazo

Si es por accidente indicar lugar y fecha en que ocurrió: \_\_\_\_\_ Día \_\_ Mes \_\_ Año \_\_

Describe como sucedió el accidente: \_\_\_\_\_

Si es por Enfermedad, en su opinión ¿cuándo iniciaron los primeros síntomas? Día \_\_ Mes \_\_ Año \_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnósticos Secundarios: \_\_\_\_\_

Examen especial de diagnóstico solicitado (adjunte informe de estudios previos) \_\_\_\_\_

Razón por la cual solicita el examen: \_\_\_\_\_

Lugar donde se realizará el examen: \_\_\_\_\_ Hospitalario  Ambulatorio

Costo del Examen: US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido) Fecha programada para el examen: Día \_\_ Mes \_\_ Año \_\_

Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento / tratamiento: \_\_\_\_\_ US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido)

Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación (anexar cotizaciones): \_\_\_\_\_ US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido)

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico Tratante                      e-mail/Fax donde remitir resolución                      Firma del Asegurado                      Día \_\_ Mes \_\_ Año \_\_

**IMPORTANTE: EL ASEGURADO DEBERA CANCELAR DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR LOS GASTOS NO CUBIERTOS Y LOS EXCESOS DE HONORARIOS**

Arteriografía	Tomografía Axial Computarizada (TAC)	Resonancias Magnéticas
Centellograma	Pruebas Cutáneas	Pruebas de Esfuerzo o estudios de Holter
Cisternografía	Electroencefalograma	Pruebas de Esfuerzo con Talio (MIBI)
Polisonmografía	Electromiografía	Estudios Perivasculares no invasivos
Pruebas Nucleares	Fonografías (ultrasonografías)	Procedimientos cardiovasculares invasivos
Cariotipo	Ecocardiograma	Electroencefalograma de 24 horas
Coronariografías (cateterismo cardiaco)	Endoscopias Digestivas y bronquiales	