

FORMULARIO PARA PRE-CERTIFICACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

INSTRUCCIONES

1. Asegúrese de que su Médico llene completamente la Sección "Información del Médico Tratante". Sección I
2. Complete la Sección "Información del Paciente". Sección II
3. Envíe este formulario a Palic, por lo menos con siete días de anticipación a su tratamiento.
4. Palic le notificará.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente _____ Sexo F M Edad _____

Diagnóstico principal _____

Diagnóstico Secundarios _____

Fecha de inicio de la enfermedad: Día _____ Mes _____ Año _____

Resumen de la Historia Clínica _____

Procedimiento a realizarse _____

Indica usted: Hospitalización Cirugía Fecha Programada de la Cirugía (si aplica) Día _____ Mes _____ Año _____

Razón de la admisión o del procedimiento _____

Hospital donde desea admisión _____ Fecha Programada de la admisión Día _____ Mes _____ Año _____

IMPORTANTE: Tiempo de duración de la estadía hospitalaria (en letras) _____ Día (sujeto a evaluación). De ser necesario días adicionales de hospitalización sírvase comunicarlo a Palic con 24 horas de anticipación para obtener aprobación, de lo contrario no se pagarán los gastos médicos y hospitalarios por los días adicionales no autorizados.

Resultados de laboratorio y Rayos X (adjuntar informes) _____

Honorarios por el procedimiento (Incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) Lps. _____

Indique Código según Tabla de Honorarios REDHSA _____

¿Puede ser Realizada Ambulatoriamente? Si No ¿Requiere Anestesiólogo? Si No

¿Requiere Ayudante? Si No ¿Requiere un Médico adicional? Si No En caso afirmativo justifique _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Especialidad _____

Nombre del medico _____ N° . de Telefónico _____ N° . Celular _____

Firma y Sello

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL PACIENTE(para ser completado por el Empleado)

Nombre del Empleado _____ Póliza _____ Certificado _____

Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo F M

Dirección (Colonia, calle, # casa) _____

_____ Teléfono _____ Celular _____

Parentesco con el asegurado Usted Conyugue Hijo Fecha de Nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____

Autoriza al Médico Tratante o al Médico Consultor para suministrar Cualquier información médica para los efectos de consulta o pago de beneficios

_____ Firma del Empleado _____ Firma del Paciente _____ Fecha _____ Día _____ Mes _____ Año _____

PARA USO EXCLUSIVO DE PALIC

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL MEDICO CONSULTOR DE PALIC (Segunda opinión)

Tratamiento Recomendado por el médico tratante Hospitalización Cirugía Otros
Confirmado No se requiere en este momento Recomiendo Terapia Alternativa

IMPORTANTE. Número de días autorizados para esta Hospitalización (en letras) _____ Días

EN CASO DE REQUERIR TERAPIA ALTERNATIVA

Explique ¿Qué tipo de terapia? _____

¿Recomienda usted referirlo a otro médico para evaluación adicional sobre esta condición? Si No

Si su respuesta es positiva ¿Por qué razón? _____

Médico sugerido _____ Dirección _____

Su diagnóstico final es _____

Observaciones _____

Lugar y fecha _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del médico consultor _____ Especialidad _____

Teléfono _____ Celular _____ Firma y Sello _____

Confirmando que las declaraciones anteriores son exactas a mi real saber y entender