



AUTORIZACION DE HOSPITALIZACIÓN O EXAMEN ESPECIAL

Fecha de solicitud

Nombre del Contratante:

Nombre del Asegurado :

Póliza No.:

Cert:

Nombre del Paciente:

Parentesco:

Edad:

Nombre del Hospital:

Fecha de Admisión:

Fecha Estimada de alta:

La Hospitalización se debe a:

Enfermedad

Cirugia

Sala de Emergencia

Accidente

Cuidados Intesivos

Otros

Maternidad

Cirugia Ambulatoria

.....

Diagnosticos:

Procedimiento o Cirugia exacta a realizar:

Si el padecimineto o dolencia fue causada por un accidente favor contestar:

¿cuándo Ocurrio?

¿dónde Ocurrio ?

¿cómo Ocurrio ?

En caso de enfermedad, ¿en que fecha comenzo?

Observaciones:

Firma y Sello del Hospital o del Médico

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS CREFISA S.A.

Se autoriza al Hospital: _____

Para que preste los Servicios Médicos Hospitalarios a: _____

Autorizacion por Seguros Crefisa

Autorización No.:

Fecha: