

Ciudad: _____ Fecha: Día Mes Año

Número de Tránsito:

Número de contrato: — Bróker: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____ R.U.C.: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Parentesco: _____ Edad: _____ Dirección de domicilio: _____

Teléfono de domicilio: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Plan Humana: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)

Nombre del médico tratante: _____ C.I./R.U.C.: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: CIE 10 _____

• Fecha: Día Mes Año

Describe los síntomas y signos: _____

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de la enfermedad? Fecha: Día Mes Año

Fecha de la primera vez que el paciente lo consultó por esta enfermedad Fecha: Día Mes Año

La enfermedad actual es producto de: Accidente Embarazo Congénita Otros

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?: Sí No

En caso de embarazo F.U.M. Fecha: Día Mes Año

Enumere las cirugías previas con fechas:

_____ Fecha: Día Mes Año

_____ Fecha: Día Mes Año

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad: Sí No Se trata de una enfermedad: Crónica Aguda

Procedimiento a realizarse:

Código CPT: _____

Código CPT: _____

Hospital del día Hospitalario Nombre del hospital o clínica: _____

Fecha tentativa de ingreso: Día Mes Año

Como médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos tanto de exámenes complementarios, de apoyo, diagnóstico, así como la copia de la Historia Clínica, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.

FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

3. PACIENTE / TITULAR

¿Ha visto un médico durante el último año?: Sí No ¿Ha recibido medicación durante el último año?: Sí No ¿Cuál? _____

¿Ha sido sometido a exámenes diagnósticos de laboratorio o imagen?: Sí No ¿Por qué? _____

Firmo la presente solicitud, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

PACIENTE: Si es menor de edad firma el titular
C.I.: _____

FIRMA DEL TITULAR
C.I.: _____

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE CRÉDITO HOSPITALARIO (Revisar si cumple con la documentación)

- Formulario de solicitud de autorización de crédito hospitalario
- Resultados e informes de exámenes en relación al procedimiento a realizarse.
- Historia Clínica en el formato 002 emitido por el Ministerio de Salud Pública (o su equivalente).