

INSTRUCCIONES

1. Asegúrese de que su medico llene **completamente** la sección (Información del Medico tratante). Sección I
2. Complete la sección (Información del paciente). Sección II
3. Envíe este formulario a Palic, por lo menos **siete días** de anticipación a su tratamiento.
4. Palic le notificará.

SECCION I: INFORMACION DEL MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente _____ Sexo F M

Diagnostico principal _____

Diagnostico Secundarios _____

Fecha de Inicio de la enfermedad: ____ Día _____ Mes _____ Año _____

Resumen de la Historia Clínica _____

Procedimiento a Realizarse _____

Indica Usted: Hospitalización Cirugía

Hospital donde desea admisión _____ Fecha Programada de hospitalización/ cirugía 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 mediante la solicitud de autorización de hospitalización para obtener la aprobación. De lo contrario, no se pagaran los gastos médicos y hospitalarios por los días adicionales no autorizados.

Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. _____

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

¿Requiere Ayudante? Si No ¿Requiere un medico adicional? Si No En caso afirmativo Justifique _____

SECCION II: INFORMACIÓN DEL MÉDICO CONSULTANTE

CIRUGÍA: Confirmada No se requiere en este momento Recomendada terapia alterna

Si requiere cirugía puede ser ejecutada como paciente externo en un hospital o en una facilidad de cirugía ambulatoria.

SI NO

IMPORTANTE: Número de días autorizados para esta hospitalización si no hay recuperación previa:

Si se recomendó terapia alterna porfavor explique: _____

Recomienda usted referirlo a otro médico para una evaluación adicional sobre esta condición: SI NO

Observaciones: (si fueran necesarias pruebas de laboratorio o rayos x para su evaluación, porfavor indique la clase de pruebas o rayos x realizados).
_____ Requiere anestesiólogo: SI NO

SECCION III: INFORMACION DEL PACIENTE (para ser completado por el Empleado)

Nombre del Empleado _____ Poliza _____ Certificado _____

Nombre del Paciente _____ Sexo F M

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

Dirección (colonia, calle, # casa) _____ Teléfono _____

Nombre del medico _____ Especialidad _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Firma y Sello _____ No. de teléfono _____

Autoriza al medico Tratante o al Medico Consultor para suministrar cualquier información medica para los efectos de consulta o pago de beneficios

Firma del Empleado

Firma del Paciente

Fecha: Día Mes Año