



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:

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Accidente | <input type="checkbox"/> Cuidados Intesivos | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Maternidad | <input type="checkbox"/> Cirugía 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: _____