



## Servicios Pre-autorizados / Pre-used services

Completar para pre-autorización de procedimientos que excedan de \$300.00 / Complete for pre-authorization procedures exceeding \$300.00

## Laboratorio Clínico y Diagnóstico por Imagen. / Clinical Laboratory and Diagnostic Imaging.

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

<b>Diagnósticos:</b> Diagnosis			
<b>Exámenes que necesitan autorización:</b> Exams that need authorization	<b>Describa Laboratorios y Rayos X ordenados:</b> Describe Labs and X-rays ordered		
<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> Electromiograma Electromyogram	<input type="checkbox"/> Proce. endoscópicos Endoscopic procedure	<input type="checkbox"/> Mamografía Mammography
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Pruebas de alergias Allergy testing	<input type="checkbox"/> RX c/m. contraste	<input type="checkbox"/> P. Evocados
<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> Pruebas de esfuerzo Stress testing	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma Echocardiogram	<input type="checkbox"/> Holter y mapa
<input type="checkbox"/> TAC	<input type="checkbox"/> Densitometría ósea bone densitometry	<input type="checkbox"/> Densitometría ósea Bone densitometry	<input type="checkbox"/> Doppler
<b>Observaciones:</b> Observations			1 _____ 8 _____ 2 _____ 9 _____ 3 _____ 10 _____ 4 _____ 11 _____ 5 _____ 12 _____ 6 _____ 13 _____ 7 _____ 14 _____

## Procedimiento en clínica. / Clinical procedure

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

<b>Diagnóstico completo:</b> Full diagnosis			
<b>Procedimiento(s) efectuado(s):</b> Procedures carried out			
<b>Fecha de consulta:</b> Query Date			

## Hospitalización y/o Procedimientos Especiales. / Hospitalization and/or Special Procedures.

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Favor indicar fecha programada para la hospitalización, hospital, y tiempo estimado de hospitalización.

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados. / You must specify the surgical procedures and / or the special procedures to be performed. To authorize a hospitalization it is essential to attach a copy of the result of all the diagnostic procedures already performed.

Indique el (los) Procedimiento (s) / Indicate the Procedure (s)	Código/Code
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____

<b>Honorarios Cirujano</b> Surgeon Fees	_____	<b>Honorarios Ayudante</b> Assistant Fees	_____
<b>Honorarios Anestesiista</b> Anesthetist Fees	_____	<b>Otros</b> Others	_____

**Observaciones:**  
Observations

## Favor completar en caso de solicitar pre-autorización por embarazo a término:

Please complete in case of requesting pre-authorization for term pregnancy:

<b>Embarazo No.:</b> Pregnancy No.	_____	<b>Fecha de última menstruación:</b> Last menstruation date	_____	<b>Fecha de primera consulta:</b> Date of first consultation	_____
<b>Embarazo de alto riesgo</b> High risk pregnancy	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Número de Productos:</b> Number of Products	_____		
<b>Tipo de Parto:</b> birth type	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea Caesarean operation				
<b>Motivo por el cuál solicita cesárea:</b> Reason for requesting a cesarean operation	_____				

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mi corresponden a los servicios que he prestado.  
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

<b>Dr.</b> _____	_____	_____	_____
<b>Nombre y Sello</b> Name & Print	<b>Firma del Médico</b> Physician's Signature	<b>No. de identificación</b> ID Number	_____
_____	_____	_____	_____
<b>Dirección/Teléfono</b> Address / Telephone	<b>Fecha</b> Date	<b>Correo Electrónico</b> E-mail	_____

### "Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a ASSA Compañía de Seguros, S. A."

\_\_\_\_\_  
**Firma del asegurado o representante legal**  
Signature of the insured or legal representative

\_\_\_\_\_  
**Fecha** Date

Todas las autorizaciones médicas deberán ser remitidas a la dirección de correo electrónico [autorizacionescr@assanet.com](mailto:autorizacionescr@assanet.com). Para consultas sobre cómo completar este formulario favor contactarnos al: 2503-2727.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el (los) registros (s) número P20-64-A05-508-509 con fecha 18 de Octubre del 2019, P20-64-A05-649 de fecha 5 de Julio de 2019.