

**INSTRUCCIONES**

1. Asegúrese de que su Médico llene completamente la Sección "Información del Médico 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.

**SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL MEDICO TRATANTE**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo F  M  Edad \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal \_\_\_\_\_

Diagnósticos Secundarios \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de la enfermedad: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Resumen de la Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Procedimiento a Realizarse \_\_\_\_\_

Indica Usted: Hospitalización  Cirugía  Fecha Programada de la Cirugía (si aplica) Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Razón de la admisión o del procedimiento \_\_\_\_\_

Hospital donde desea admisión \_\_\_\_\_ Fecha Programada de la admisión Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Tiempo da duración de la estadía hospitalaria (en letras) \_\_\_\_\_ Día (sujeto a evaluación)  
De ser necesario días adicionales de hospitalización sírvase comunicarlo a Palic con 24 horas de anticipación para obtener la aprobación. Ded contrario no se pagarán los gastos médicos y hospitalarios por los días adicionales no autorizados.

Resultados de Laboratorio y Rayos X (adjuntar informes) \_\_\_\_\_

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 Médico adicional? Si  No  En caso afirmativo justifique \_\_\_\_\_

¿Se ha obtenido una segunda opinión médica? Si  No  ¿En que fecha? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

-Nombre y Dirección del médico que emitió la segunda opinión \_\_\_\_\_

-Indique ia opinión y adjunte los resultados de la segunda opinión \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha:    /    /      
Día    Mes    Año

\_\_\_\_\_  
Especialidad

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Nombre de Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

## SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (para ser completado por el Empleado)

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Póliza \_\_\_\_\_ Certificado \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo F  M

Dirección (Colonia, calle. # casa) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Parentesco con el asegurado Usted  Cónyuge  Hijo  Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Autoriza al Médico Tratante o al Médico Consultor para suministrar cualquier información médica para los efectos de consulta o pago de beneficios

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

## PARA USO EXCLUSIVO DE PALIC

### SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL MEDICO CONSULTOR DE PALIC

Tratamiento Recomendado por el Médico Tratante: Hospitalización  Cirugía  Otros   
Confirmado  No se requiere en este momento  Recomiendo Terapia Alternativa

#### EN CASO DE REQUERIR CIRUGÍA

¿Puede ser ejecutada Ambulatoriamente? Si  No

¿Requiere Anestesiólogo? Si  No

¿Requiere Ayudante? Si  No

¿Requiere un Médico adicional? Si  No

En caso afirmativo justifique: \_\_\_\_\_

IMPORTANTE. Número de días autorizados para esta Hospitalización (en letras) \_\_\_\_\_ Días

#### EN CASO DE REQUERIR TERAPIA ALTERNA

Explique ¿Que tipo de terapia? \_\_\_\_\_

¿Recomienda Usted referir o a otro Médico para una evaluación adicional sobre esta condición? Si  No

Si su respuesta es positiva ¿Por que razón? \_\_\_\_\_

¿A quien? Dr. \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Su diagnostico final es: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha Ciudad \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Consultor \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Firma y Sello \_\_\_\_\_

Confirmando que las declaraciones anteriores son exactas a mi real saber y entender

## SECCIÓN IV: AUTORIZACIÓN

APROBADO Si  No

Días de Hospitalización si no hay recuperación previa (en letras): \_\_\_\_\_ Días

Días Honorarios Médicos Reconocidos: \_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Autorizado por \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Día Mes Año