

**FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION, AUTORIZACION  
E HISTORIA CLINICA**

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

Nombre del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Póliza No. \_\_\_\_\_ Cert. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Autorizo a los médicos, hospitales y cualquier institución de servicios de salud para que suministre a los representantes de MAPFRE toda información médica de mi persona o de mis dependientes elegibles, sobre cirugías y tratamientos a efectuarse incluyendo revisión y copia de expediente clínico. Esta información será utilizada para determinar si la cirugía, o tratamiento y los costos relacionados tendrán cobertura.  
 Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado \_\_\_\_\_  
 Firma del asegurado si el paciente es menor de edad \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

Diagnóstico (s): Si la (s) enfermedad (es) es (son) a consecuencia de un accidente indicar COMO, CUANDO Y DONDE:  
 Descripción de la lesión \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Hora del accidente: \_\_\_\_\_ A.M. \_\_\_\_\_ P.M. \_\_\_\_\_  
 Historia Clínica del Paciente: (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual).  
 Indicar Antecedentes Quirúrgicos.

FECHA(S)	DIAGNÓSTICO (S)	PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Procedimiento (s), Tratamiento (s) o exámenes especiales a realizar: (Adjuntar resultados de exámenes que respalden su diagnóstico).  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Indique el tipo de atención: Hospitalización \_\_\_\_\_ Cirugía \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_\_ Exámenes Especiales \_\_\_\_\_  
 En caso de cirugía indique tipo de anestesia planeada: \_\_\_\_\_  
 Fecha de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico que le refirió al Paciente: \_\_\_\_\_  
 Hospital Seleccionado: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso al Hospital o de realización del procedimiento o tratamiento médico \_\_\_\_\_  
 Días de hospitalización requeridos: \_\_\_\_\_  
**En caso de Embarazo:** \_\_\_\_\_  
 Embarazo No. \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la primera visita médica: \_\_\_\_\_  
 Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_

