

Solicitud de Autorización para crédito hospitalario



Liberty
Seguros

Ciudad: _____

Fecha: Día [] [] Mes [] [] Año [] [] [] []

Número de Autorización

Número de póliza: _____

Broker: _____

1. DATOS GENERALES

Empresa: _____ Fecha de inclusión a la póliza: _____ Fecha de vigencia de la póliza: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Telf. de domicilio: _____ Telf. Celular: _____ E-mail: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (a ser llenados por el médico tratante)

Nombre del médico tratante: _____ C.I./R.U.C.: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: _____

CIE 10 _____

(Adjuntar exámenes que soporten el diagnóstico, rayos X, tomografías, exámenes de laboratorio)

Describe los síntomas y signos: _____

Fecha en que se presentan los síntomas por primera vez

Fecha: Día [] [] Mes [] [] Año [] [] [] []

Fecha de la primera vez que el paciente lo consultó por esta enfermedad

Fecha: Día [] [] Mes [] [] Año [] [] [] []

En caso de embarazo F.U.M.

Fecha: Día [] [] Mes [] [] Año [] [] [] []

Breve Historia Clínica: _____

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad Si No Se trata de una enfermedad: Crónica Aguda

Procedimiento a realizarse: _____

Hospital del día Hospitalario Nombre del hospital o clínica _____

Número de días de Hospitalización [] [] [] []

Fecha tentativa de ingreso Día [] [] Mes [] [] Año [] [] [] []

PRESUPUESTO DE HONORARIOS	VALOR	CÓDIGO
Cirujano		
Anestesiólogo		
Ayudante		
Otros		

FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

Como médico certifico que todo lo escrito en este documento es verdadero y si Liberty del Ecuador requiere los respaldos médicos, se los proporcionaré sin ningún inconveniente.

3. ESPACIO RESERVADO PARA LA APROBACIÓN DE LIBERTY

COBERTURAS	VALOR APROBADO
Límite máx. autorizado	
Cuarto y Alimento diario	
Honorarios Cirujano	
Honorarios Anestesiólogo	
Honorarios Ayudante	
% Autorización de Crédito	
Otros	

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZACIÓN

Nombre: _____

Fecha: _____

*IMPORTANTE LLENAR TODOS LOS CAMPOS

www.liberty.ec

/LibertySeguros

Quito

Guayaquil

Cuenca

Manta

Sto. Domingo