



Este formulario debe ser completado con letra legible por el médico especialista

Contratante Póliza No. Certificado No.

Para cirugías programadas deberá presentar este formulario debidamente completado con cinco días de anticipación, en caso de emergencia las 24 horas siguientes al evento. Al no cumplir con estos requisitos la compañía se reserva el derecho de pago.

Nombre del asegurado

Nombre del dependiente (si aplica):

Fecha de nacimiento / / Sexo F M

Nombre del médico tratante Dr.(a)

Médico pertenece a la Red Médica MAPFRE Si No

Hospital donde será ingresado

Fecha de hospitalización / / Días de hospitalización

Fecha que iniciaron los primeros síntomas

Diagnóstico principal

Diagnóstico secundario

¿El diagnóstico es a consecuencia de accidente? Si No

En caso de ser afirmativo, detallar: ¿Cuándo?, ¿Dónde? Y ¿Cómo ocurrió?

Detallar el procedimiento quirúrgico (indicar técnica quirúrgica) o el estudio especial a realizar

Indicar tipo de procedimiento quirúrgico Ambulatorio Hospitalario

Antecedentes clínicos del paciente (Adjuntar informes médicos, nombre del primer médico consultante, fechas y diagnóstico), resultados de estudios previos si hubiere.

Hago constar que la información brindada es verdadera y se ampara en el historial clínico del paciente y autorizo a MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. a verificar los conceptos descritos.

Honorarios primer cirujano US\$ IVA INCLUIDO Biopsia US\$ IVA INCLUIDO

Honorarios segundo cirujano US\$ IVA INCLUIDO Otros US\$ IVA INCLUIDO

Honorarios de anestesia US\$ IVA INCLUIDO

Ampliar historia clínica y antecedentes médicos

Detallar si será necesario equipo especial

Nombre de laboratorio de patología

Firma y sello del médico tratante

Firma del asegurado

Fecha de solicitud