



Enviar formulario a: [autorizacionesgm@aseguradorageneral.com](mailto:autorizacionesgm@aseguradorageneral.com)

Autorización: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones de uso: El formulario de solicitud deberá ser completado únicamente por el médico tratante y no por el personal administrativo. Adicionalmente deberá contener firma del asegurado, médico y hospital. Favor adjuntar hoja de ingreso del paciente.

**Datos asegurado:**

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_

Nombre asegurado titular: \_\_\_\_\_ No. DPI: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ No. DPI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Empresa contratante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Informe médico:**

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Síntomas presentados: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

El asegurado ha sido tratado por la misma incapacidad: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa especifique: \_\_\_\_\_

Según opinión médica cuando se originó esta enfermedad o lesión: \_\_\_\_\_

Procedimiento a realizar I: \_\_\_\_\_

Procedimiento a realizar II: \_\_\_\_\_

Honorarios médicos Cirujano: \_\_\_\_\_ Asistente: \_\_\_\_\_ Anestesia: \_\_\_\_\_

Patología: \_\_\_\_\_ Equipo: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Código de cirugía \_\_\_\_\_

**Número de visitas**

Emergencia: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_

Días de hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de egreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma asegurado

\_\_\_\_\_  
Sello hospital

\_\_\_\_\_  
Firma y sello médico

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

