



Producto Exclusivo de:



Verificación Electrónica No. \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE HOSPITALIZACION

#### SECCION A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN \_\_\_\_\_ No. CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR \_\_\_\_\_  
 1ER. NOMBRE \_\_\_\_\_ 2DO. NOMBRE \_\_\_\_\_ 1ER APELLIDO \_\_\_\_\_ 2DO. APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
 1ER. NOMBRE \_\_\_\_\_ 2DO. NOMBRE \_\_\_\_\_ 1ER APELLIDO \_\_\_\_\_ 2DO. APELLIDO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ EMPRESA / PLAN \_\_\_\_\_

CARNÉ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (sin guiones)      DPI: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### SECCION B. Información a ser completada por el Médico Tratante

1. Fecha Emisión de Solicitud \_\_\_\_\_

2. Diagnóstico (s) \_\_\_\_\_

3. Fecha Estimada inicio de Enfermedad \_\_\_\_\_

4. Fecha de la primer visita por esta enfermedad \_\_\_\_\_

5. Ha sido tratado antes por esta enfermedad  SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  NO \_\_\_\_\_

6. Historia Clínica \_\_\_\_\_

7. Hospital Propuesto \_\_\_\_\_

8. Procedimiento Ambulatorio  Emergencia  Hospitalización   
 Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de Egreso \_\_\_\_\_

#### SECCION C. Descripción de Procedimientos

PROCEDIMIENTO	CODIGO
1	
2	
3	
4	

#### ADJUNTAR RESULTADO DE EXAMEN (ES) QUE RESPALDE (N) EL PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE

#### SECCION D. Médicos Tratantes

Nombre del Médico que efectuará el procedimiento \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

**Ayudantía en Cirugías, sólo en Casos Especiales**

Nombre del Médico Ayudante: \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

Cirugía Laparoscópica  Abierta

Empresa que proporcionará equipo \_\_\_\_\_

Empresa que proporcionará materiales \_\_\_\_\_ Adjuntar Presupuesto \_\_\_\_\_

**En caso que el procedimiento lo requiera:**

Nombre de Anestesiólogo \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

Nombre de Patólogo \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

Nombre de Pediatra \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

COLEGIADO No. \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a cualquier Médico u Hospital que proporcione a MEDIPROCESOS, S. A. Cualquier información que soliciten respecto a tratamientos, exámenes u hospitalización que yo o cualquiera de mis dependientes haya recibido.

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado      \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado

**IMPORTANTE:**  
**\*\*ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN\*\***  
 TODA CIRUGÍA, DEBERÁ TRAMITARSE CON 72 HORAS DE ANTICIPACIÓN, EN CASO DE EMERGENCIA EL HOSPITAL DEBE NOTIFICAR A RPN EN EL TERMINO DE 24 HORAS HÁBILES  
**EN CASO DE PARTO, ESTE DEBERÁ SER PROGRAMADO CON 72 HORAS DE ANTICIPACION**  
**ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPN PODRÁN SOLICITAR PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS**

## RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL PACIENTE

- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.
- Cualquier Solicitud de Hospitalización alterada **NO** será tramitada.
- Para consultar los proveedores afiliados a la Red de Proveedores Negociados RPN visite [proveedores.mediprosos.com](http://proveedores.mediprosos.com)