



# EL ROBLE

Asegura lo que más quieres

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

## SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

### SECCIÓN 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  DPI

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

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS (S) \_\_\_\_\_

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

FECHA DE LA PRIMERVISITA POR ESTA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI  FECHA \_\_\_\_\_ NO

HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO AMBULATORIO  EMERGENCIA  HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL PROPUESTO \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_

### SECCIÓN C. Descripción de Procedimientos

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
1. _____	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>

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

### SECCIÓN D. Médicos Tratantes

NOMBRE DEL MÉDICO QUE EFECTUARÁ EL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

AYUDANTÍA EN CIRUGÍAS, SOLO EN CASOS ESPECIALES

NOMBRE DEL MÉDICO AYUDANTE \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA  ABIERTA

EMPRESA QUE PROPORCIONARÁ EL EQUIPO \_\_\_\_\_

EMPRESA QUE PROPORCIONARÁ MATERIALES \_\_\_\_\_ ADJUNTAR PRESUPUESTO \_\_\_\_\_

EN CASO QUE EL PROCEDIMIENTO LO REQUIERA

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PATÓLOGO \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL 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 SEGUROS EL ROBLE. 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\*\***

MEDIANTE EL USO Y PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO OTORGO AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, LABORATORIO, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y OTRAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONE A SEGUROS EL ROBLE S.A Y/O AL CONTRATANTE, CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS) CON RESPECTO A TRATAMIENTOS O SERVICIOS PRESTADOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES.

“Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los Médicos, Hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a SEGUROS EL ROBLE, S.A., cualquier información relacionada con el expediente médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente. Asimismo, declaro estar enterado de la aplicación del Artículo 915 (Extinción de Responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala”

## RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL PACIENTE

- Toda cirugía, deberá tramitarse con 72 horas de anticipación, en caso de emergencia el hospital debe notificar a roblered en el término de 24 horas hábiles
- En caso de parto, este deberá ser programado con 72 horas de anticipación
- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica
- Para gestionar la solicitud, es indispensable adjuntar los resultados de los exámenes realizados
- Cualquier Solicitud de Hospitalización alterada NO será tramitada
- Para consultar los proveedores afiliados a RobleRed visite [roblered.mediprosesos.com](http://roblered.mediprosesos.com)