



# FORMULARIO DE PRE AUTORIZACIÓN QUIRÚRGICA

Contrato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Empresa / Titular: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de 1era. Consulta: \_\_\_\_\_

Motivo de la Consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código CIE-10 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Institución médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE

## ESPACIO PARA SER LLENADO POR AUDITORÍA MÉDICA MEDEC S.A.

DESCRIPCIÓN	ARANCEL	AUTORIZADO POR
CIRUJANO	_____	
AYUDANTE	_____	_____
ANESTESIÓLOGO	_____	FECHA _____
PEDIATRA	_____	

## DETALLES ADICIONALES

GARANTÍA \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

COBRO DE EXTRAS \_\_\_\_\_

HABITACIÓN \_\_\_\_\_

TIPO DE CIRUGÍA \_\_\_\_\_

COBERTURA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_