

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 Preferidos RPP visite rppmediprocesos.com

SOLICITUD DE HOSPITALIZACION

SECCION A. Información a ser completada por el Paciente																																														
CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____																																														
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____		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 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																							DPI: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																							

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 <input type="checkbox"/> SI _____ Fecha _____ <input type="checkbox"/> NO _____	
6. Historia Clínica _____	
7. Hospital Propuesto _____	
8. Procedimiento Ambulatorio <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/>	
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 RPP EN EL TERMINO DE 24 HORAS HÁBILES
EN CASO DE PARTO, ESTE DEBERÁ SER PROGRAMADO CON 72 HORAS DE ANTICIPACION
ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPP PODRÁN SOLICITAR PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS