

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA

### SECCIÓN I: Para ser completada por el asegurado titular

Nombre del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_ Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_

Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas y otros para que suministren a ASEGURADORA RURAL, S.A. cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, pertinentes a esta autorización.

### SECCIÓN II: Para ser completada por médico tratante

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de enfermedad, según su criterio médico: \_\_\_\_\_ Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Según su opinión la enfermedad es de orden:

Congénito  Adquirido  Traumático

Se ordena hospitalización en: \_\_\_\_\_ Días de Hospitalización: \_\_\_\_\_

Tratamiento: Médico  Quirúrgico

Descripción del tratamiento: \_\_\_\_\_

Códigos: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ Unidades: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Médico Asistente: \_\_\_\_\_ Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

Equipo y/o materiales especiales a utilizar: \_\_\_\_\_

Honorarios	Valor
Emergencia	Q
Cirugía	Q
Visita Hospitalaria No.	Q
Anestesia	Q
Ayudantía	Q
Equipo	Q

**SECCIÓN III: Para ser completada por médico tratante**

Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Colegiado No.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello médico tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: Médico y Hospital deberán ser afiliados a la Red de ASEGURADORA RURAL, S.A.  
\*Este formulario tiene validez de 10 días hábiles para el trámite de autorización\*

**Procedimiento:**

- Solicita al médico afiliado que complete, firme y selle el formulario.
- Envía el formulario completo a Cabina de Gastos Médicos, por fax al número 2389-2999 o correo electrónico a [autorizaciones.cabina@aseguradorarural.com.gt](mailto:autorizaciones.cabina@aseguradorarural.com.gt)
- Cabina de Gastos Médicos se comunicará contigo para confirmar la recepción del formulario.
- Al recibir la autorización y de acuerdo a la fecha programada del procedimiento puedes presentarte al Hospital indicado en el formulario.
- Presenta formulario original de Solicitud de Autorización Hospitalaria, autorización, carnet del seguro y documento de identificación.
- Al egreso debes cancelar el valor de copago de acuerdo a los días de hospitalización, y/o un porcentaje del total de la cuenta de acuerdo a las condiciones de tu plan y al hospital afiliado elegido.