



SOLICITUD DE PRE-CERTIFICACIÓN

Hospital/Institución: _____

Nombre del Informante: _____

Fecha: _____ Teléfono: () _____ Fax: () _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: F () M ()

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Aseguradora: _____ No. Póliza: _____

Asegurado Titular: _____

SERVICIO

Ambulatorio () Hospitalización () Fecha de Admisión: _____

Días de Estancia: _____

Médico Tratante: _____ Firma _____ Código _____

Diagnóstico: _____

Procedimiento: _____

Tiempo de Evolución de la Enfermedad: _____

Información Médica Adicional: _____

COSTOS:

Estimado Hospitalización: _____ Cirujano: _____

Anestesia: _____ Asistente: _____

IMPORTANTE:

- * Asegúrese de someter esta solicitud directamente a las Oficinas de Redbridge Centroamérica.
- * Para casos de emergencia, comunicarse a nuestras oficinas (506) 2520 0210, **24 horas** y enviar esta solicitud vía fax (506) 2220 0032, con un período no máximo a 48 horas de la admisión del paciente.
- * En caso de que se requiera otro procedimiento, enviar una nueva solicitud para la debida aprobación.
- * Para el trámite de reclamos, enviar copia del expediente clínico, resultados de estudios y exámenes que se practiquen al paciente, recetas médicas y todas las facturas en original de las atenciones, farmacia y otras.