



SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN No. CELULAR:

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR1ER. NOMBRE2DO. NOMBRE1ER. APELLIDO2DO. APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE1ER. NOMBRE2DO. NOMBRE1ER. APELLIDO2DO. 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 NO

FECHA

HISTORIA CLÍNICA

PROCEDIMIENTO AMBULATORIO EMERGENCIA HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL PROPUESTO

FECHA DE INGRESO FECHA DE EGRESO

SECCIÓN C. Descripción de Procedimientos

PROCEDIMIENTO CÓDIGO

1.

2.

3.

4.

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 ANESTESIOLOGO 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

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)