

ESTA HOJA DEBERÁ DE SER CUMPLIMENTADA PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN A LA COMPAÑÍA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- 1) INTERVENCIONES QUIRURGICAS.
- 2) REALIZACIÓN DE PRUEBAS ESPECIALES(RESONANCIAS MAGNÉTICAS, TAC) .
- 3) CUANDO SEA NECESARIO TRATAMIENTO DE REHABILITACION.

Y ENVIADO AL FAX ; (91) 554.62.41 PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN, JUNTO CON EL CERTIFICADO DE ACCIDENTE.

INFORME MÉDICO

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO ACTUAL: VENDAJE FERULA YESO SUTURA
OTROS:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: RX R.N.N T.A.C ECO
OTRAS:

TRATAMIENTOS POSTERIORES: RHB N. SESIONES ESTIMADAS:
INTERVENCION NINGUNO
OTROS Especifique cuales:.....

¿ CAUSA BAJA DEPORTIVA? SI NO . DIAS DE BAJA ESTIMADA:

¿ CONCORRE ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTERIOR QUE TENGA QUE VER CON LA LESIÓN ACTUAL? SI NO ESPECIFIQUE CUAL:

PRESUPUESTO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

INTERVENCIÓN A PRACTICAR:

CENTRO SANITARIO : NOMBRE CENTRO:
NOMBRE CIRUJANO:
TELÉFONO:
FAX:

| | |
|------------------------------------|--|
| HONORARIOS MÉDICOS: | |
| HONORARIOS AYUDANTES: | |
| HONORARIOS ANESTESISTA: | |
| GASTOS CLÍNICA: | |
| * Pruebas Pre-operatorias | |
| * Estancia en habitación | |
| * Derechos Quirófano | |
| * Medicación y Material desechable | |
| OTROS GASTOS (Especifique cuales) | |
| TOTAL: | |