

Solicitud de PrecertificaciónPlan: GoldMed SilverMed Fecha: _____**Datos del asegurado**Asegurado: _____ Cédula [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] - [] []
Compañía: _____
Póliza No.: _____ Vigente desde: _____ Hasta: _____**Datos del paciente**Nombre: _____ Cédula [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] - [] []
Fecha de nacimiento: _____ ID Paciente: _____
Teléfonos en USA: _____**Datos precertificación**El paciente solicitó precertificación para: Ambulatorio Hospitalización Fecha fijada procedimiento: _____
Diagnóstico: _____
Procedimiento: _____**Datos del hospital**Hospital: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Persona contacto en el hospital (asistente): _____**Datos del doctor**Nombre: _____
Teléfono del consultorio: _____ Celular: _____

Nota: En caso del paciente requerir hospitalización o cirugía posterior a una consulta, dichos servicios deberán ser notificados por esta misma vía.