



## FORMULARIO DE PRE-NOTIFICACIÓN

### INFORMACIÓN

**El formulario debe ser completado en su totalidad y enviado por fax o e-mail.**

**Enviar a:** Claria Life and Health 7491 W. Oakland Park Boulevard 2nd. floor. Tamarac, Florida 33319  
Teléfono: (954)749-1025 Fax: (954)749-1027 Email: medical@claria.us

**Aviso: Este formulario no constituye garantía de pago**

### INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de asegurado principal:		Apellido de asegurado principal:	
Nombre del solicitante:			
Hora:		Fecha:	
Nombre completo del paciente:			
Sexo:	Fecha de nacimiento:	Número de Póliza:	Fecha de efectividad:
Teléfono:		Número Celular:	Fax:

### INFORMACIÓN DE MÉDICO Y HOSPITAL

Médico Principal:	
Teléfono:	Fax:
Hospital / Clínica:	
Teléfono:	Fax:
Médico tratante:	
Teléfono:	Fax:

### INFORMACIÓN DE PROCEDIMIENTO / CIRUGÍA

Procedimiento / Cirugía:		
Fecha de servicio:	Fecha de diagnóstico:	
Diagnóstico (adjuntar los reportes disponibles):		
Hospitalizado <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Cantidad de días hospitalizado si aplica:
Pre-Notificación emitida en fecha:		

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante, o representante (si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
día/mes/año