RPN
RED DE PROVEEDORES NEGOCIADOS

Producto Exclusivo de: Mediprocesos
Administración Integrada de Planes de Salud

Verificación Electrónica No. _____

Fecha: _____

SOLICITUD DE HOSPITALIZACION

A. Información a ser completada por el paciente

Correo (s) Electrónico para enviar Autorización _____ _____

Teléfono (s) para confirmar la autorización _____ _____

Fax (es) para enviar la autorización _____ _____

B. Información a ser completada por el Médico Tratante

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____

EMPRESA /PLAN _____

CARNET | | | | | | | | | | | | | | | | |
(sin guiones)

C. Información clínica del paciente

1. Diagnóstico Inicial _____
2. Otros diagósticos _____
3. Según su opinión, cuándo inició la incapacidad _____
4. Fecha de la primera visita por esta incapacidad _____
5. Historia Clínica _____

_____

_____

6. Hospital Propuesto _____
7. Procedimiento Ambulatorio ☐ SI ☐ NO
8. Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____ Total días de hospitalización _____

D. Descripción de Procedimientos

PROCEDIMIENTO	CODIGO
1	
2	
3	
4	

E. Médicos Tratantes

Nombre del Médico que efectuará el procedimiento _____ Colegiado No. _____

Ayudantía en Cirugías, sólo en Casos Especiales

Nombre del Médico _____ Colegiado No. _____

Cirugía Laparoscópica ☐ Abierta ☐

Empresa que proporcionará equipo necesario _____

Empresa que proporcionará materiales _____

En caso que el procedimiento lo requiera:

Anestesiólogo _____ Colegiado No. _____

Patólogo _____ Colegiado No. _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

FIRMA Y SELLO _____

Por la presente autorizo a cualquier Médico u Hospital y a otras instituciones que proporcionen a MEDIPROCESOS, S. A. Cualquier información que soliciten respecto a tratamientos, exámenes, dictamen u hospitalización que yo o cualquiera de mis dependientes haya recibido.

Guatemala, _____ de _____ de _____

_____ _____

Nombre del Asegurado Firma del Asegurado

IMPORTANTE:

ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ DE 10 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE SU EMISIÓN

TODA CIRUGÍA, DEBERÁ TRAMITARSE CON 72 HORAS HÀBILES DE ANTICIPACIÓN, EN CASO DE EMERGENCIA EL HOSPITAL DEBE NOTIFICAR A RPN EN EL TERMINO DE 24 HORAS HÁBILES

ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPN PODRÁN SOLICITAR HOSPITALIZACIONES