

**PREAUTORIZACION PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO**

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO				
Nombre del Asegurado:		Nombre del dependiente:		Parentesco:
Póliza:	Certificado:	Edad:	Nacionalidad:	Sexo:
Lugar de trabajo:		Celular y número de oficina:		
Correo electrónico donde desea recibir la resolución:				
Autorizo a todos los médicos, clínicas, instituciones u otros para que suministren a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. cualquier información incluyendo copia exacta del expediente del paciente.				
SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE				
Nombre del paciente:				
Diagnostico a descartar:			Fecha estimada de inicio de esta enfermedad:	
Breve Historia de la condicion del paciente:				
EXAMENES REQUERIDOS POR EL MEDICO TRATANTE				
DESCRIPCIÓN	REGIÓN	DESCRIPCIÓN		
Tomografía		Colonoscopia		
Mapeo Cerebral		Gastroscopia		
Resonancia Magnetica		Ecocardiograma		
Ultrasonido		Electrocardiograma		
Densitometria Osea		Electromiograma		
Doppler		Mamografia		
Manometria		Ultrasonido mamario		
Rayos X		Ph Metria		
Holter Cardiaco		Pielograma		
Prueba de esfuerzo		<b>Otros:</b>		
Centellograma				
Enema de bario simple				
Enema de bario Doble				
<b>OBSERVACIONES:</b>				
<b>Nombre del Centro de Diagnostico afiliado a la red:</b>				
<b>Nombre del medico tratante:</b>				
<b>Colegiado:</b>		<b>Telefono:</b>	<b>Correo electronico</b>	
<b>Firma y sello del medico tratante:</b>				