



# FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN

CÓDIGO: GMH032021

ALAMEDA ROOSEVELT NO. 3104, SAN SALVADOR.

CALL CENTER:  
2261-8200CORREO ELECTRÓNICO:  
GASTOSMEDICOS@ACSA.COM.SV

## DATOS DEL SEGURO

No. Póliza:		No. Certificado:				
Nombre del Contratante:						
Nombre del Asegurado titular:						
Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:	Día:	Mes:	Año:
Motivo de la hospitalización:	Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Accidente: <input type="checkbox"/>				
Describa cómo sucedió el accidente:						
Si es por enfermedad, en su opinión cuando iniciaron los primeros síntomas:				Día:	Mes:	Año:

## RESUMEN CLÍNICO (puede anexar documentación)

Historia clínica:			
Antecedentes personales:			
Exámen físico:			
Reporte de exámenes y estudios realizados:			
Diagnóstico principal:			
Diagnóstico secundario:			
Procedimiento requerido:	Examen Especial <input type="checkbox"/>	Procedimiento Hospitalario <input type="checkbox"/>	Procedimiento Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Describa:			

## COSTOS MÉDICOS E INSUMOS ESTIMADOS

Honorarios Quirúrgicos:	US\$	(IVA incluido)	Honorarios de Anestesia:	US\$	(IVA incluido)
Honorarios Patología:	US\$	(IVA incluido)	Otros:	US\$	(IVA incluido)
Hospital donde se internará:			Días estimados de Hospitalización:		
Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria):	US\$		(IVA incluido)		

Firma y sello del médico tratante

Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

### Nota: Adjuntar resultados de estudios realizados previos a la autorización.

Toda preautorización deberá ser registrada en el portal de proveedores. Si no se cuenta con el acceso en línea a nuestro portal, favor remitir al correo electrónico: [gastosmedicos@acsa.com.sv](mailto:gastosmedicos@acsa.com.sv)