

MÉXICO, D.F., A DE DE VIGENCIA DE ESTA CARTA PARA INGRESO AL HOSPITAL HASTA EL: DD MM AA

NOMBRE DEL HOSPITAL No. DE SINIESTRO

PRESENTE.

SE EXTIENDE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DECLINACIÓN

A NOMBRE DE: EDAD SEXO

No. DE PÓLIZA No. DE CERTIFICADO TIPO DE PLAN

CON INGRESO HOSPITALARIO POR: ACCIDENTE ENFERMEDAD EMBARAZO

DIAGNÓSTICO _____ CIE-10 _____

DIAGNÓSTICO _____ CIE-10 _____

DIAGNÓSTICO _____ CIE-10 _____

TRATAMIENTO _____ CPT-4 _____

TRATAMIENTO _____ CPT-4 _____

TRATAMIENTO _____ CPT-4 _____

MÉDICO TRATANTE _____

PROGRAMADO NO PROGRAMADO URGENCIA AMBULATORIO

HOSPITAL _____	\$ <input type="text"/>
TIPO DE HABITACIÓN _____	<input type="text"/>
CAMA EXTRA _____	<input type="text"/>
OTROS _____	<input type="text"/>
HONORARIOS MÉDICOS	
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>

DEDUCIBLE _____	\$ <input type="text"/>
COASEGURO DE HOSPITAL _____	% <input type="text"/>
COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS _____	% <input type="text"/>
TOPE MÁXIMO DE COASEGURO _____	\$ <input type="text"/>
GASTOS NO CUBIERTOS (AL REVERSO) _____	<input type="text"/>
OBSERVACIONES:	

INGRESO: DD MM AA EGRESO: DD MM AA No. DE CUARTO

¿CON QUÉ SE IDENTIFICÓ EL PACIENTE? IFE CARTILLA MILITAR PASAPORTE CÉDULA PROFESIONAL CREDENCIAL ASEGURADORA
 OTRO ¿CUÁL? _____ TELÉFONO DEL ASEGURADO FAMILIAR () _____

NOTA IMPORTANTE. Esta autorización se limita al tratamiento previsto en el presente, cualquier adicional, diferente o complementario deberá ser autorizado expresamente por la Compañía.

OBSERVACIONES _____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE LA ASEGURADORA QUE AUTORIZA

ASEGURADO O FAMILIAR

SELLO DEL HOSPITAL

Estimado asegurado, con la finalidad de darle un mejor servicio hacemos de su conocimiento que los siguientes artículos, son gastos no cubiertos en su póliza:

- 1.- Atención médica especializada.
- 2.- Exámenes preparatorios realizados durante la hospitalización, salvo ingreso por urgencia médica.
- 3.- Gastos personales (llamadas telefónicas, renta de videos, pañuelos desechables, agua purificada, revistas, cepillo dental, artículos para el cuidado personal y de belleza, gasolina, flores, fajas post-parto, etc.)
- 4.- Paquete de admisión.
- 5.- Gastos por diferencias de habitación estándar cuando sea una causa imputable al asegurado.
- 6.- Gastos de donadores de órganos y/o sangre (análisis, estudios pre-operatorios, pruebas cruzadas, tipo y RH, reposición de sangre).
- 7.- Recolector de punzo cortantes.
- 8.- Orinal, cómodo, riñón y/o lavamentos desechables.
- 9.- Medias Ted.
- 10.- Alimentos y gastos del acompañante.
- 11.- Cassette de video.
- 12.- Toallas sanitarias.
- 13.- Leches.
- 14.- Protector de cama.
- 15.- Pañales.
- 16.- Medicamentos protectores de mucosa gástrica, utilizados con carácter preventivo (ranitidina, omeprazol, lansoprazol, etc.)
- 17.- Ansiolíticos.
- 18.- Gastos del recién nacido sano (tamiz neonatal, vitamina K, fotografía del bebé, perforación del lóbulo de la oreja, trámites del registro civil, etc.)
- 19.- Medicamentos no relacionados con el padecimiento.
- 20.- Medicamentos para continuar el tratamiento en el domicilio, adquiridos durante la hospitalización.
- 21.- Guantes de exploración no estériles.
- 22.- Cubrebocas y similares.
- 23.- Asistencia técnica en quirófano.