RPN
RED DE PROVEEDORES NEGOCIADOS

Producto Exclusivo de: Mediprocesos
Administración Integrada de Planes de Salud

Verificación Electrónica No. _____

Fecha de Solicitud: _____

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 _____

CARNÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

C. Información clínica del paciente

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

6. Hospital Propuesto _____
7. Procedimiento Ambulatorio ☐ Emergencia ☐
8. Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____

D. Descripción de Procedimientos

PROCEDIMIENTO	CODIGO
1.	
2.	
3.	
4.	

E. Médicos Tratantes

Nombre del Médico que efectuará el procedimiento _____ JVPM _____

Ayudantía en Cirugías, solo en Casos Especiales

Nombre del Médico Ayudante: _____ JVPM _____

Cirugía La paroscópica ☐ Abierta ☐

Empresa que proporcionará equipo necesario _____

Empresa que proporcionará materiales _____

En caso que el procedimiento lo requiera: _____

Anestesiólogo _____ JVPM _____

Patólogo _____ JVPM _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

JVPM. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

FIRMA Y SELLO _____

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

El Salvador, _____ 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 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.

VER OBSERVACIONES AL REVERSO

RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL PACIENTE

- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.
- Cualquier Solicitud de Hospitalización alterada **NO** será tramitada
- Para consultar los proveedores afiliados a la Red Proveedores Negociados RPN visite www.rpnglobal.com