

## NOTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del intermediario: \_\_\_\_\_

Asegurado principal: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Tipo de plan: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimiento a realizar: \_\_\_\_\_

Código CPT (si aplica): \_\_\_\_\_

Estimado de la cirugía: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono y fax: \_\_\_\_\_

Persona a contactar: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**La notificación de una hospitalización es OBLIGATORIA en todos los casos y en cualquier país.  
Si NO se notifica con 72 horas de anticipación, los beneficios se reducen en un 50%.**