SISAVIDA S.A.
SEGUROS DE PERSONAS

SALUD

EXÁMENES ESPECIALES

Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen con dos días de anticipación

Contratante : _____ Póliza No. _____ Certificado No: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Dependiente (si aplica) _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Nombre del médico tratante Dr. (a). _____

Fecha tentativa de la enfermedad: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico Secundario: _____

Examen especial de Diagnóstico solicitado (Adjunte informe de estudios previos): _____

_____

Razón por la cual solicita este examen: _____

Fecha programada para el examen: _____ Costo US$_____ (IVA incluido)

Lugar en que se hará el examen: _____ Ambulatorio: ☐ Hospitalario: ☐

_____ _____

Sello y firma del médico Firma del Asegurado

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aprobado ☐ No aprobado ☐ Observaciones: _____

_____

Dr.: _____ _____ / _____ / _____

Director médico Fecha de resolución

Exámenes Especiales de Diagnóstico que requieren esta autorización:

Arteriografías cerebrales		Tomografía Axial Computarizada		Endoscopías digestivas	
Centellogramas		Pruebas cutáneas de alergia		Resonancia magnética (M.R.I.)	
Cisternografías		Electroencefalogramas		Pruebas nucleares	
Muga en esfuerzo		Electromiograma		Electroencefalograma de 24 horas	
Muga en reposo		Estudios vasculares no invasivos		Procedimientos cardiovasculares invasivos	
Estudios con Tallium		Prueba de esfuerzo		Sonografía	
Cariotipo en líquido amniótico		Holter		Ecocardiograma	

Edificio SISA, Km 10 1/2,
Carretera a Santa Tecla, La Libertad, El Salvador, C.A.
SISAphone: 2241-0000