

FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y/O CONFIRMACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Folio de control	Fecha de emisión (dd/mm/aaaa)
------------------	-------------------------------

1. TIPO DE TRÁMITE

- ☐ Autorización de cirugía
- ☐ Confirmación de servicio(s) del programa

2. DATOS DEL PACIENTE / AFILIADO

Nombre completo del paciente	
Número de afiliado	Parentesco con el titular
Plantel / dependencia (SNTE 26)	Titular / trabajador afiliado

3. DATOS DEL PROCEDIMIENTO O SERVICIO

Diagnóstico	
Tipo de cirugía o servicio solicitado	
Médico tratante	Cédula profesional
Hospital / unidad médica o proveedor	Fecha programada del procedimiento

4. SERVICIOS PASEM A CONFIRMAR (marcar los que apliquen)

- ☐ Consulta médica general
- ☐ Consulta de especialidad
- ☐ Estudios de laboratorio — especificar: _____
- ☐ Hospitalización
- ☐ Cirugía ambulatoria
- ☐ Cirugía mayor
- ☐ Urgencias

5. OBSERVACIONES / CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

--

6. AUTORIZACIÓN

Nombre y firma del administrador del programa

Cargo / puesto

Fecha