

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: **M** **F**

Dueño de Póliza: _____ Póliza No.: _____ Teléfonos: _____

Cédula: _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003 y de más normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trascienda aún después de mi fallecimiento, mi libre intensión en autorizar a todo médico, hospital, clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de servicio de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país extranjero, que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, prediagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionadas a mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia autentica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a entregar a MAPFRE PANAMÁ, S.A. o a su representante autorizado dicha información. Por todo lo anterior relevo(relevamos) y libero(liberam) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia autentica de dicha información y documentación arriba descrita. MAPFRE PANAMÁ, S.A. también podrá solicitar una segunda opinión cuando el caso así lo amerite. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original.

Firma del Paciente
Firma del asegurado si el Paciente es menor de edad _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

DIAGNÓSTICO Y/O PROCEDIMIENTO NO CODIFICADO, LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA

1. Diagnóstico Principal y ICD: _____

2. Historia Clínica del paciente (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual).

| <u>FECHA(S)</u> | <u>DIAGNÓSTICOS</u> | <u>TRATAMIENTOS</u> |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

3. Antecedentes Quirúrgicos con sus fechas: _____

En caso de Embarazo: Embarazo No.: _____ FUM: _____

4. Hallazgo físicos pertinentes: _____

5. Resultados significativos de laboratorios: _____

6. Resultados significativos de Rayos X: _____

Adjuntar resultados de los diferentes exámenes preliminares relacionados con esta dolencia

7. Tratamiento planeado quirúrgico o médico: _____

CTP _____ Honorarios Solicitados _____

CTP _____ Honorarios Solicitados _____

CTP _____ Honorarios Solicitados _____

Tipo de Anestesia General Local Raquídea Médico Anestesiólogo: _____

8. Fecha programada para la hospitalización _____ Fecha planeada de Cirugía _____ Tiempo estimado para la hospitalización _____ (días)

Ambulatoria Hospitalización

Firma del médico _____ Fecha _____

Nombre y especialidad en letra Imprenta _____