

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE BENEFICIO

CIRUGÍA INTERCONSULTA HOSPITALARIA TRATAMIENTO HOSPITALARIO INSUMOS DE ALTO COSTO
 EXTENSIÓN HOSPITALARIA MATERNIDAD EXÁMENES ESPECIALES OTROS _____

CONFIRMACIÓN SERÁ DEVUELTA EN UN PERÍODO DE 48 HORAS

FAVOR COMPLETAR FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE.

Nombre del Asegurado:	Nº de Cédula	Lugar de Trabajo	Póliza No.	Certificado No.
Nombre del Paciente:	Parentesco	Nº de Cédula:	Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

He sido informado(a) detalladamente y de manera comprensible por mí médico tratante de los procedimientos que me van a realizar, de las posibles complicaciones y secuelas derivadas de estos así como de los riesgos médicos por mi condición. Entiendo que mi aseguradora (Pan American Life Insurance de Panamá, S.A.) es solo un intermediario en el pago de las atenciones médicas autorizadas a realizar, por esta razón la exonero de cualquier responsabilidad médica y legal derivada de los procedimientos médicos y quirúrgicos que me realicen por mi condición de salud.

Autorizo por la presente a cualquier médico, profesional de la salud, hospital clínica, laboratorio, centro de diagnóstico y otra facilidad médica o medicamento relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros y otra organización que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en este seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero, a dar dicha información a Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A. y a sus reaseguradores, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información en cumplimiento con lo establecido en la Ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de autorización será tan válida como la original. Adicionalmente autorizo a Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A., y al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda información relacionada con mis reclamos, autorizaciones e historial clínico.

FIRMA DEL PACIENTE / ASEGURADO: _____ FECHA: _____ Tels./Celular _____ Tel. Oficina _____ Tel. Residencia _____

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR MÉDICO TRATANTE Y/O HOSPITAL

Diagnóstico de Padecimiento Actual:	Código de Diagnóstico ICD-9	Fecha de Primeros Síntomas:
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Breve Historia de Condición del Paciente:	Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse: Código CPT / Nombre
	<ul style="list-style-type: none"> • • • •

Honorarios Médicos: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ligasure <input type="checkbox"/> Bisturi armónico <input type="checkbox"/> Bandejas Especiales <input type="checkbox"/> Técnicas de Radiofrecuencia (Ejm: Coblation, Arthocare) <input type="checkbox"/> Neuromonitoreo intraoperatorio <input type="checkbox"/> Plasma rico en Plaquetas (Ejm: GPS) <input type="checkbox"/> Pinza import <input type="checkbox"/> Puerto Único <input type="checkbox"/> Morcerador <input type="checkbox"/> Otros _____ Favor especificar
--	--

Requiere Asistente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requiere Anestesia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ambulatorio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hospitalización: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Electiva: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de Hospital o Clínica: _____
--	-------------------------------------

Adjuntar a Solicitud Resultado de Laboratorios y Estudios Efectuados	
Días de Reclusión Requeridos:	Fecha Sugerida de Ingreso: Día _____ Mes _____ Año _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE	FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL
Fecha: _____	Fecha: _____