

**SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE BENEFICIO**

- CIRUGÍA   
  INTERCONSULTA HOSPITALARIA   
  TRATAMIENTOS   
  PROCEDIMIENTOS   
  BENEFICIOS  
 EXTENSIÓN HOSPITALARIA   
  PRE-CERTIFICACIÓN   
 EXÁMENES ESPECIALES   
  OTROS

**CONFIRMACIÓN SERÁ DEVUELTA EN UN PERÍODO DE 48 HORAS**

FAVOR COMPLETAR FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE.

Nombre del Asegurado:	N° de Cédula:
-----------------------	---------------

Lugar de Trabajo:	N° de Póliza:	N° de Certificado:
-------------------	---------------	--------------------

Teléfonos:                      Oficina:	Residencia:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del Paciente:	N° de Cédula:
----------------------	---------------

Parentesco:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Edad:

Autorizo por la presente a cualquier médico, profesional de la salud, hospital clínica, laboratorio, centro de diagnóstico y otra facilidad médica o medicamente 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 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 reasegurados, 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:
---------------------------------	--------

**SECCION PARA SE COMPLETADA POR MEDICO TRATANTE Y/O HOSPITAL**

Diagnostico:	<input type="text"/>	Código de Diagnóstico ICD-9	Fecha de Primeros Síntomas
--------------	----------------------	-----------------------------	----------------------------

Breve Historia de Condición del Paciente:	Resultados de Laboratorio y Otros Exámenes Efectuados
---	---

Breve Historia de Condición del Paciente:          	Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse: Código CPT / Nombre  * * * *
---	--

HONORARIOS MÉDICOS:  <input type="text"/>	Ambulatorio: <input type="checkbox"/> Hospitalización: <input type="checkbox"/> Electiva: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Hospital o Clínica:
		Días de Reclusión Requeridos: Fecha sugerida de Ingreso: Día _____ Mes _____ Año _____

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

