



Este formulario debe ser remitido al médico evaluador al fax: 210-1077 / Depto. de Beneficios Tel.: 206-4272 E-mail: ialtamirano@iseguros.com

Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Cédula No.: _____ Teléfono: _____
 Nombre del Contratante: _____
 Certificado No.: _____
 Tiene otro seguro: SI NO
 Nombre de Compañía: _____
 Nombre del Proveedor: _____

Sexo: M F
 Póliza No.: _____

La Condición se debe a:
 Embarazo
 Congénito
 Hereditario
 Infertilidad / Esterilidad
 Urgencia
 Otro

FAVOR ADJUNTAR RESULTADOS DE CUALQUIER RAYOS X, LABORATORIOS, EKG U OTRO EXAMEN ESPECIAL

Favor indicar cuándo fue la primera evaluación que se hizo por éste diagnóstico o condición y los médicos que le trataron:

Historia de la enfermedad actual, hallazgos físicos anormales, evolución y tratamientos recibidos. Favor indicar fecha.

PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

Fecha Programada	Código CPT	Descripción	Responsabilidad del paciente			Reembolso por la compañía
			Cargo	Co-Aseguro o Co-Pago	Deducible	

Códigos de Diagnóstico: _____ Descripción de Códigos: _____

(Importante incluir los Códigos CPT)

Donde se realizará el procedimiento?
 Hospital _____ Consultorio _____
 Centro Ambulatorio _____

En caso de hospitalización, estimar número de días de la estadía sin complicaciones: _____ Días

Nombre del Médico Anestesiólogo: _____

Certifico que la información presentada es cierta y correcta

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

Autorizo por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico y otra facilidad médica o médicamente relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge, o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registro profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias 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 al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico.

Firma del Paciente o Persona Autorizada: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Aprobado Aprobado con limitaciones Declinado No cubierto Necesita Segunda Opinion
 Observaciones: (Incluir beneficios-congénito, prematuro, recién nacido)

Firma autorizada o Persona Autorizada _____ Fecha: _____

Esta autorización es válida por 10 días. Si el procedimiento no se realiza en este plazo, favor pre-autorizar nuevamente

