

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

CIRUGÍA   
  INTERCONSULTA HOSPITALARIA   
  TRATAMIENTOS   
  PROCEDIMIENTO   
  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: <input type="text"/> | Residencia:   | <input type="text"/>  |
| Nombre del Paciente:   |                               | N° de Cédula: |   |
| Parentesco:  |                               | Edad:         | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| <p>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 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.</p> |                               |               |   |
| FIRMA DEL PACIENTE / ASEGURADO:  |                               | FECHA:        |   |

**SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR MÉDICO TRATANTE Y/O HOSPITAL**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Diagnóstico de Padecimiento Actual:         |  | <input type="text"/> Código de Diagnóstico ICD-9   | Fecha de Primeros Síntomas:                                 |
| Breve Historia de Condición del Paciente:   |  | Resultados de Laboratorios y Otros Exámenes Efectuados<br>(Adjuntar con Solicitud).  |   |
|   |  | Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse:<br>Código CPT / Nombre<br><ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> |   |
| HONORARIOS MÉDICOS:<br><input type="text"/> | Ambulatorio: <input type="checkbox"/>  | Nombre de Hospital o Clínica:  |   |
|   | Hospitalización: <input type="checkbox"/><br>Electiva:<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> |  |   |
|   |  | Días de Reclusión Requeridos:  | Fecha Sugerida de Ingreso:<br>Día _____ Mes _____ Año _____ |
| FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE           |  | FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL   |   |
| Fecha: _____                                |  | Fecha: _____   |   |