

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 mi o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, prediagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionados a mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia auténtica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a entregar a MAPFRE PANAMA, S.A. o su representante autorizado dicha información.  
 Por todo lo anterior relevo (relevamos) y libero (liberamos) 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 auténtica de dicha información y documentación arriba descrita.  
 MAPFRE PANAMA, 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 que 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. Hallazgos 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: \_\_\_\_\_

CPT \_\_\_\_\_ Honorarios Solicitados \$ \_\_\_\_\_ CPT \_\_\_\_\_ Honorarios Solicitados \$ \_\_\_\_\_  
 CPT \_\_\_\_\_ Honorarios Solicitados \$ \_\_\_\_\_ CPT \_\_\_\_\_ Honorarios Solicitados \$ \_\_\_\_\_  
 CPT \_\_\_\_\_ Honorarios Solicitados \$ \_\_\_\_\_ CPT \_\_\_\_\_ Honorarios Solicitados \$ \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia  General  Local  Raquídea Médico Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

8. Fecha programada para la cirugía \_\_\_\_\_ y hospitalización \_\_\_\_\_ Tiempo estimado \_\_\_\_\_(días) para la hospitalización

Ambulatoria  Hospitalización

**HOSPITAL ELEGIDO** \_\_\_\_\_