

**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 (Adjuntar con Solicitud).	
		Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse: Código CPT / Nombre <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	
HONORARIOS MÉDICOS: <input type="text"/>	Ambulatorio: <input type="checkbox"/>	Nombre de Hospital o Clínica:	
	Hospitalización: <input type="checkbox"/> Electiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE		FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL	
Fecha: _____		Fecha: _____	