PAN AMERICAN LIFE GUATEMALA

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

FORMULARIO ÚNICO DE GASTOS MÉDICOS
CONSULTA EXTERNA

A LLENAR POR EL ASEGURADO.

Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:	Fecha:
Nombre completo del Paciente:		DPI:
Fecha de nacimiento: dd/mm/aa	Correo electrónico:	Teléfono:
Motivo de la consulta: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Maternidad		El paciente es: ☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo
Fecha inicio síntomas: dd/mm/aa	Firma del Asegurado:	

AUTORIZACIÓN: por este medio autorizo a todos los médicos, clínicas o cualquiera de los miembros del cuerpo profesional para que informe, revele o permita la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro de dicho médico, clínica, hospital o miembro de su cuerpo profesional a las empresas que hacen parte de PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA (incluyendo copia exacta de sus archivos) quienes podrán consultar, transferir, compartir, solicitar y procesar mis datos personales, información sensible incluyendo la de mis dependientes, a terceros necesarios incluyendo el intermediario de seguros del contratante, el administrador de red de proveedores médicos escogido, entre otros.

A LLENAR POR EL MÉDICO

1. Motivo de la consulta:	¿Es la condición congénita? ☐ Sí ☐ No
2. Diagnóstico(s)	
3. Tiempo de evolución de los síntomas	4. Por embarazo indique las semanas de gestación y/o FUR:
5. Observaciones:	
Nombre del Médico y especialidad:	Firma y sello del médico
Nº Colegiado: / Teléfono:	

IMPORTANTE: El proveedor afiliado tendrá un máximo de 90 días a partir de la fecha de prestación del servicio para la reclamación a la compañia aseguradora de acuerdo a condiciones de contrato.

PAN AMERICAN LIFE GUATEMALA

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

LABORATORIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

INSTRUCCIONES: Este formulario tendrá una validez de 15 días a partir de la fecha de emisión.

A LLENAR POR EL ASEGURADO.

Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:	Fecha:
Nombre completo del Paciente:		DPI:
Fecha de nacimiento: dd/mm/aa	Correo electrónico:	Teléfono:
Motivo de la consulta: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Maternidad		El paciente es: ☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo
Fecha inicio síntomas: dd/mm/aa	Firma del Asegurado:	

AUTORIZACIÓN: por este medio autorizo a todos los médicos, clínicas o cualquiera de los miembros del cuerpo profesional para que informe, revele o permita la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro de dicho médico, clínica, hospital o miembro de su cuerpo profesional a las empresas que hacen parte de PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA (incluyendo copia exacta de sus archivos) quienes podrán consultar, transferir, compartir, solicitar y procesar mis datos personales, información sensible incluyendo la de mis dependientes, a terceros necesarios incluyendo el intermediario de seguros del contratante, el administrador de red de proveedores médicos escogido, entre otros.

A LLENAR POR EL MÉDICO

Nombre del Médico y especialidad:	Firma y sello del médico

Diagnósticos:

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

Exámenes que necesitan autorización:

☐ EEG	☐ Electromiograma	☐ Proced. endoscópicos	☐ Mamografía
☐ EKG	☐ Pruebas de alergias	☐ RX c/ m. contraste	☐ P. Evocados
☐ RMN	☐ Prueba de esfuerzo	☐ Ecocardiograma	☐ Holter y mapa
☐ TAC	☐ Pruebas nucleares	☐ Densitometría ósea	☐ Doppler

Observaciones: _____

Exámenes solicitados: No. de exámenes solicitados ____

1 _____	8 _____
2 _____	9 _____
3 _____	10 _____
4 _____	11 _____
5 _____	12 _____
6 _____	13 _____
7 _____	14 _____

IMPORTANTE: El proveedor afiliado tendrá un máximo de 90 días a partir de la fecha de prestación del servicio para la reclamación a la compañia aseguradora de acuerdo a condiciones de contrato.