PAN AMERICAN LIFE GUATEMALA

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

COMPRA DE MEDICAMENTOS

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 / HOSPITAL

Diagnósticos:

Fecha inicio de síntomas:

No. de medicamentos solicitados:

Tratamiento prolongado (TP): SI ☐ NO ☐

MEDICAMENTOS

Nombre	Dosis y Frecuencia	Tiempo

Nombre del médico:	Fecha:
No. de Colegiado:	Firma y sello del médico:
Teléfono:	

ATENCIÓN FARMACIA AFILIADA A RED PALIGMED

1. Si es tratamiento prolongado (TP) o indefinido este formulario debe actualizarse por el médico tratante cada 6 meses.
2. No debe despachar más de un mes de tratamiento en una misma transacción.
3. No debe Despachar fuera de los meses que dure el tratamiento.