



Este formulario debe ser remitido al médico evaluador al fax: 210-1077 / Depto. de Beneficios Tel.: 206-4272 E-mail: ialtamirano@iseguros.com - Piso 17 Plaza Credicorp Bank

Nombre del Paciente: _____

Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____

Cédula No.: _____ Teléfono: _____

Póliza No.: _____

Nombre del Contratante: _____

Certificado No.: _____

Tiene otro seguro: SI NO

La Condición se debe a:

Embarazo Urgencia

Nombre de Compañía: _____

Congénito Infertilidad / Esterilidad

Nombre del Proveedor: _____

Hereditario Otro

A FIN DE PODER EVALUAR LA SOLICITUD, ADJUNTAR RESULTADOS DE CUALQUIER RAYOS X, LABORATORIOS, EKG U OTRO EXAMEN ESPECIAL. EN CASO DE ATENCIÓN POR URGENCIA, FAVOR ACOMPAÑAR EL REPORTE DEL CUARTO DE URGENCIA.

Favor indicar cuándo fue la primera evaluación que se hizo por este diagnóstico o condición y los médicos que le trataron:

Historia de la enfermedad actual, hallazgos físicos anormales, evolución y tratamientos recibidos. Es importante indicar las fechas de atención.

PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS (INCLUIR CODIGOS DE CPT Y HONORARIOS PARA PROCESAR ESTA SOLICITUD)

Fecha Programada	Código CPT	Descripción de Procedimientos	Monto de Honorarios	Honorarios a Reembolsar por la Compañía

Códigos de Diagnóstico: _____

Descripción de Códigos: _____

LUGAR DE ATENCIÓN: Hospital: _____ Consultorio: _____

INDICAR NO. DE FAX O TELÉFONO: _____ Centro Ambulatorio: _____

En caso de hospitalización, estimar número de días de la estadía sin complicaciones. Días solicitados: _____

Nombre del Médico Anestesiólogo: _____

Certifico que la información presentada es cierta y correcta

Fecha: _____ Firma y Sello del Médico _____

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

Autorizo por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico y otra facilidad médica o médicamente relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge, o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registro profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias 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 al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico.

Firma del Paciente o Persona Autorizada: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Aprobado Aprobado con limitaciones Declinado No cubierto Necesita Segunda Opinion

Firma autorizada _____

Fecha: _____

Esta solicitud solamente es válida por 30 días. Si el procedimiento no se realiza en este plazo, favor pre-autorizar nuevamente

