



COMPAÑÍA DE SEGUROS



AVE. SAMUEL LEWIS, EDIF. PLAZA OBARRIO - OFICINA 201
APDO. 1299-0832 WTC, PANAMA
TEL.: (507) 223-1511 FAX: (507) 264-1949
www.sagicorpanama.com

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIONES, PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS Y ESTUDIOS ESPECIALIZADOS

Nombre del Asegurado:		No. de Cédula del Asegurado:	
Fecha:	Dirección y Teléfono:		Póliza No.:
Nombre del Paciente:		Paciente Cédula No.:	Parentesco:
Fecha de Nacimiento del Paciente:	Edad del Paciente:	Asegurado <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>
		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
REGISTRO MÉDICO			
Historial Clínico Breve / Antecedentes y Fechas:			
Diagnóstico:			
Otras Condiciones Presentes:			
Procedimiento y Código CTP:			
Pruebas Diagnósticas Realizadas, Tratamiento Aplicado: Favor indicar Código CTP (Adjuntar Copia**):			
Servicio Anestesia Requerido: SI NO	Fecha Sugerida para Ingreso: # 1		# 2
Nombre del Hospital:		Reclusión Estimada (Días):	

NOMBRE EN LETRAS Y FIRMAS DEL MÉDICO:

REGISTRO MÉDICO:

FECHA:

** Es importante que envíe los resultados de los estudios para ser evaluados por nuestros médicos asesores.

NOTAS AL MÉDICO Y/O PROVEEDOR:

1. Asegúrese de someter este informe directamente a Capital de Seguros, por lo menos, (5) cinco días de anticipación a la fecha sugerida por usted para cirugías electivas.
2. Para casos de urgencia favor de COMUNICARSE con: Capital de Seguros. Enviar esta solicitud con 48 horas de haber atendido al paciente al fax 264- 1949.
3. Espere la autorización escrita de Capital de Seguros, antes de referir el paciente al Hospital o de realizar el estudio solicitado.