



FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION E HISTORIA CLINICA

Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: **M** **F**

Dueño de Póliza: _____

Póliza No.: _____ Teléfonos: _____

F de Ef./Pagado _____

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION A LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley N°68 de 20 de noviembre de 2003 y de más normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trascienda aún después de mi fallecimiento, mi libre intensión en autorizar a todo médico, hospital, clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de servicio de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país extranjero, que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, prediagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionadas a mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia autentica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a dar MAPFRE PANAMÁ, S.A. o a su representante autorizado esta información.

Con esta manifestación de voluntad libre y espontánea, autorizo a los hospitales, médicos, laboratorios, clínicas o cualquiera otra similar, en donde haya sido atendido, a entregar MAPFRE PANAMÁ, S.A. o sus representantes, cualquier información que guarde relación con lo antes expuesto.

Por todo lo anterior relevo(relevamos) y libero(liberos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia autentica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de dicha información es esencial para que MAPFRE PANAMÁ, S.A. pueda hacer una justa valoración sobre la cirugía o tratamiento a efectuarse. Esta información será usada para determinar si la cirugía o tratamiento y los costos relacionados serán cubiertos.

MAPFRE PANAMÁ, S.A. también podrá solicitar una segunda opinión cuando el caso lo amerite. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original. Esta pre-autorización es por un periodo de 30 días.

Firma del Paciente
Firma del asegurado si el
Paciente es menor de edad

DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE (VERIFIQUE LOS DATOS GENERALES DEL PACIENTE)

1. Diagnóstico Principal y ICD: _____

2. Historia Clínica del paciente (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual).

<u>FECHA (S)</u>	<u>DIAGNOSTICOS</u>	<u>TRATAMIENTOS</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Antecedentes Quirúrgicos con sus fechas: _____

En caso de Embarazo:

Embarazo No.: _____ FUM: _____

4. Hallazgo físicos pertinentes: _____

5. Resultados significativos de laboratorios: _____

6. Resultados significativos de Rayos X: _____

Adjuntar resultados de los diferentes exámenes preliminares relacionados con esta dolencia

7. Nombre del médico que le refirió el paciente: _____
8. Indique tratamiento planeado quirúrgico o médico: _____
9. Fecha programada para la hospitalización del paciente _____ Fecha planeada de Cirugía _____ Tiempo estimado para la hospitalización _____ (días)

Tipo de Anestesia General Local Raquídea

Planeada Local Raquídea

Hospital Seleccionado: _____

Médico Anestesiólogo: _____

10. Estimación de Cargos y Beneficios de Póliza	Solicitado	Para uso de la Aseguradora	
		Cuantía autorizada por Beneficios de Póliza	Comentarios
CTP _____			
Honorarios por Procedimientos y/o cirugía _____			
Honorarios de Anestesiólogo _____			
Días solicitados para este procedimiento _____ días		_____ días aprobados	

Para uso de la Aseguradora (descripción de los beneficios de esta póliza)

Cuarto diario _____

Misceláneo _____

Firma del médico _____ Fecha _____

Aprobado por _____

Nombre y especialidad en letra Imprenta _____

Fecha _____

Número de Teléfono _____

Apartado o dirección o No. de Fax _____

FAVOR PRESENTAR ESTE FORMULARIO AL MOMENTO DE SU ADMISION AL HOSPITAL