RED DE PROVEEDORES
PALIGMED
PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN HOSPITALIZACIONES PROGRAMADAS Y URGENCIAS

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:

Nº. de Póliza: | Nº. Certificado:

Nombre del Asegurado:

Nombre del Paciente: | Edad:

Si la dolencia fue **causada** por un **accidente** indique:

Lugar del suceso: | Fecha:

Si la dolencia fue **causada** por **enfermedad** indique:

Fecha de inicio:

Por la presente manifestación de voluntad libre y espontánea, autorizo a los hospitales, clínicas y profesionales de la salud privada o pública en donde haya sido atendido, a entregar a Pan-American Life o sus representantes cualquier información que guarde relación con mi historia clínica, exámenes médicos, intervenciones y demás atenciones o servicios médicos recibidos. Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.

Fecha: | *Firma del Asegurado:*

SECCIÓN II - A LLENAR POR EL MÉDICO / HOSPITAL

Nombre del Hospital:

Según su opinión indique fecha inicio del padecimiento:

Si la hospitalización es por embarazo indique, semanas de gestación:

Diagnóstico Completo: Cod. CIE9

TIPOS DE SERVICIOS

- ☐ Hospitalización por cirugía
- ☐ Cirugía Ambulatoria
- ☐ Emergencia por accidente
- ☐ Hospitalización por enfermedad
- ☐ Unidad de Cuidados Intensivos
- ☐ Emergencia por enfermedad

	Admisión:	Salida:
Fecha:		
Hora:	☐ A.M ☐ P.M.	☐ A.M ☐ P.M.

Historia Clínica:

Descripción de procedimientos o tratamiento médico *Códigos*

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

Médicos Tratantes *Nombre* *Colegiado* *Especialidad* *Visitas*

1 _____
2 _____
3 _____

Si hay cirugía: *Nombre* *Colegiado* *Especialidad*

Cirujano principal: _____
Asistente: _____
Otro: _____

Equipo Especial (especifique):

Si el procedimiento requiere patologías indique cuántas:

Nombre del Médico solicitante:

Nº Colegiado: | Teléfono: | Fecha:

Firma y Sello:

IMPORTANTE: *En caso de cirugía programada el asegurado debe solicitar autorización a la Compañía 5 días antes del procedimiento. En caso de Hospitalización por emergencia, el proveedor deberá enviar el formulario completo en un tiempo no superior a 48h., de lo contrario el servicio no tendrá cobertura de pago directo."*

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE GUATEMALA COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.