

SECCION A

SECCION A.1

FAVOR ESCRIBA A MAQUINA O LETRA DE MOLDE

Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Fecha Efectiva Seguro
Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha Efectiva Seguro
Nombre de la Póliza	No. de Póliza	No. Certificado

SECCION A.2

NOTA IMPORTANTE (Uso exclusivo del Patrono) CERTIFICAMOS QUE EL ASEGURADO:

_____ es empleado Activo y Permanente a Servicio de la Empresa.

Fecha _____

_____ Firma y Sello Patrono

SECCION A.3

Nombre del Médico que ordena las pruebas: _____

Razón por la cual se solicitan los exámenes (Pre-Diagnóstico): _____

Fecha: _____

Firma y Sello Médico: _____

AUTORIZACION: Por este medio autorizo a cualquier medico, dentista, laboratorio u hospital suscrito a suministrar cualquier información (incluyendo copia exacta de sus archivos) a Seguros Panamericana por todos los tratamientos o servicios prestados a mi o mis dependientes.

Cargos (A)	Coaseguro/Asegurado(B)
Q. _____	Q. _____

Saldo a pagar por Panamericana (A-B) Q. _____

Fecha: _____ Firma del Empleado _____

Fecha: _____ Firma del Paciente _____
(si es menor de edad, firma asegurado)

Nombre del Laboratorio: _____ Firma del Tecnólogo/Laboratorista _____

IMPORTANTE: ANEXAR ORDEN DEL MEDICO Y FACTURAS RESPECTIVAS.

NOTA:

- 1) GRUPO DE EXAMENES DE LABORATORIO CUYO MONTO GLOBAL EXCEDAN Q. 1,000.00 NECESITAN AUTORIZACION PREVIA DE SEGUROS PANAMERICANA.
- 2) ESTUDIOS ESPECIALES PARA DIAGNOSTICO QUE NECESITAN AUTORIZACION, VER REVERSO DE LA HOJA.

SECCION B

SOLICITUD PARA EXAMENES ESPECIALES

OBSERVACION: Esta sección debe ser completada por el médico especialista que solicita el examen.

Estudios solicitados:

Razón por la cual se solicitan los exámenes (Diagnóstico):

AMBULATORIO:

HOSPITALIZACION:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

PARA USO DE SEGUROS PANAMERICANA

Fecha de Autorización:	Número de Autorización:	Exámenes Autorizados: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma y Sello Seguros Panamericana
Observaciones:			

ESTUDIOS ESPECIALES PARA DIAGNOSTICO QUE NECESITAN AUTORIZACION

- ULTRASONIDOS
- ELECTROCARDIOGRAMAS
- ARTERIOGRAFIAS CEREBRALES
- CENTELLOS CEREBRALES
(CENTELLOGRAMAS
- CISTERNOGRAFIAS
- MUGA EN ESFUERZO
- MUGA EN REPOSO
- ESTUDIOS CON TALLIUM
- CARIOTIPO
- CARIOTIPO EN LIQUIDO AMNIOTICO
- TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
- EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA
- PRUEBA DE ALERGIAS
- POTENCIALES EVOCADOS
- MAMOGRAFIAS
- ELECTROENCEFALOGRAMAS
- ELECTROCARDIOGRAMAS
- ESTUDIOS PERIFERO VASCULARES NO INVASIVOS
- FLEBOGRAFIA
- PRUEBA DE ESFUERZOS
- HOLTER
- ECOCARDIOGRAMA
- ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS Y VIAS AEREAS
- RESONANCIA MAGNETICA (M.R.I.)
- PRUEBAS NUCLEARES
- ELECTROENCEFALOGRAMA DE 24 HORAS
- PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES INVASIVOS
- SONOGRAFIAS
- PIELOGRAMAS