

INSTRUCCIONES PARA EL USO EN LA RED: - Identificación con foto - Presentar el carné del seguro (opcional) - Pagar el copago correspondiente

A LLENAR POR EL ASEGURADO									
Compañía (contratante):				N° de Póliza:			N° de Certificado		
Nombre completo del Paciente:						Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa	
El paciente es: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo			Fecha inicio de síntomas: En caso de accidente indicar la fecha del accidente/trauma:				dd/mm/aa		
Motivo de la consulta: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad			Teléfono de contacto (asegurado titular)		Correo electrónico (asegurado titular):				
<p>Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedor de servicios médicos o relacionados, intermediario de seguros y otras compañías de seguro que posean información concerniente al reclamante para que le suministren mi información médica completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. Autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. para compartir la información médica que reposa en el presente formulario y documentos anexos y relacionados con cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de la póliza en lo que sea asegurado. Igualmente, como titular de los datos suministrados consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de Pan-American Life Insurance de Costa Rica de conformidad con la Política de Privacidad, disponible en el sitio web https://www.palig.com/es/privacy-policy en el marco de la relación contractual como asegurado o tomador.</p>									
Fecha de servicio (atención):			dd/mm/aa		Firma del paciente mayor de edad o responsable: (igual que en el documento de identificación):				
A LLENAR POR EL MEDICO									
Motivo de la Consulta (síntomas y/o mecanismo de trauma):							¿Es la condición congénita? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico(s) / Código ICD:							Fecha de primeros síntomas o FUR dd/mm/aa		
Historia clínica. Si se practicó alguna cirugía, tratamiento o procedimiento previamente, descríballo. Si conoce el número de autorización previo favor anotarlos:									
Estudios de diagnóstico (laboratorios, radiología, otros). Deben estar directamente relacionados al diagnóstico de consulta.									
Tratamiento o medicamentos recetados (para la prescripción del medicamento debe indicarse el principio activo o genérico):									
En caso de internamiento, cirugía o procedimiento, por favor descríballo (indicar código CPT):									
TERAPIA FÍSICA: La terapia física debe ser prescrita por un médico colegiado. Primer ciclo de sesiones no requiere preautorización.									
DETALLE DE SESIONES RECIBIDAS									
Número de autorización:									
Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN	Fecha: SESIÓN
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
Casillas a firmar para presentación del reclamo de terapias: En caso de reembolso se requiere firma del terapeuta. En caso de pago directo se requiere firma del asegurado.									
Nombre completo del médico o profesional:						Especialidad:			
Lugar de Atención: <input type="checkbox"/> Consultorio Médico <input type="checkbox"/> Sala de Urgencias <input type="checkbox"/> Centro Ambulatorio <input type="checkbox"/> Laboratorio/Rayos X <input type="checkbox"/> Hogar del Paciente <input type="checkbox"/> Otro (detalle)						Firma del médico o profesional:			
Código:		Número de teléfono:			Fecha: dd/mm/aa				
Observaciones / Comentarios del especialista:									