



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN HOSPITALIZACIONES PROGRAMADAS Y URGENCIAS

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

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.

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:

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 Hospitalización por enfermedad
 Cirugía Ambulatoria Unidad de Cuidados Intensivos
 Emergencia por accidente Emergencia por enfermedad

	Admisión:	Salida:
Fecha:		
Hora:	<input type="checkbox"/> A.M <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M <input type="checkbox"/> 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:

Cirujano principal: Nombre Colegiado Especialidad
 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."