

N°

N° Reclamo:

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: ☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa	
El paciente es: ☐ Titular ☐ Conyugue ☐ Hijo			Fecha inicio de síntomas: En caso de accidente indicar la fecha del accidente/trauma:		dd/mm/aa	
Motivo de la consulta: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Maternidad			Teléfono de contacto (asegurado titular)	Correo electrónico (asegurado titular):		
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.						
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 ☐ No ☐
Diagnóstico(s) / Código ICD:		Fecha de primeros síntomas/FUR dd/mm/aa
Si se practicó alguna cirugía, tratamiento o procedimiento previamente, descríbalos:		
Estudios de diagnóstico (laboratorios, radiología, otros). Deben estar directamente relacionados al diagnostico de consulta.		
Tratamiento o medicamentos recetados:		

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 1 FIRMA	Fecha: SESIÓN 2 FIRMA	Fecha: SESIÓN 3 FIRMA	Fecha: SESIÓN 4 FIRMA	Fecha: SESIÓN 5 FIRMA	Fecha: SESIÓN 6 FIRMA	Fecha: SESIÓN 7 FIRMA	Fecha: SESIÓN 8 FIRMA	Fecha: SESIÓN 9 FIRMA	Fecha: SESIÓN 10 FIRMA
Nombre completo del médico o profesional:						Especialidad:			
Lugar de Atención: ☐ Consultorio Médico ☐ Sala de Urgencias ☐ Centro Ambulatorio ☐ Laboratorio/Rayos X ☐ Hogar del Paciente ☐ Otro (detalle)						Firma del Médico:			
						Código:	Número de teléfono:	Fecha: dd/mm/aa	
Observaciones / Comentarios del especialista:									