

Favor llenar este formulario completamente en LETRA IMPRENTA.  
En caso de no estar completa, su solicitud no será procesada.

Hospitalización

Extensión de días solicitados: \_\_\_\_\_ Número de días  
Exámen Especial Intrahospitalario  
Interconsulta Hospitalaria: \_\_\_\_\_ Número de visitas

Cirugía Ambulatoria

Exámen y/o Procedimiento Especial Ambulatorio  
 Rayos X y Laboratorios

URGENTE

**ENVIAR CONFIRMACIÓN A:**

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Motivo de Interconsulta o Ext. de días: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Póliza No.: \_\_\_\_\_ Certificado No.: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

Cédula No. / Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DD MM AA

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tiene otro Seguro: SI  NO  Cía.: \_\_\_\_\_

La Condición se debe a:

- Enfermedad  
 Accidente  
 Embarazo  
 Congénito  
 Otro: \_\_\_\_\_

**A FIN DE PODER EVALUAR LA SOLICITUD, ADJUNTAR RESULTADOS DE CUALQUIER RAYOS X, LABORATORIOS, EKG U OTRO EXÁMEN ESPECIAL. EN CASO DE ATENCIÓN POR URGENCIA, FAVOR ACOMPAÑAR EL REPORTE DEL CUARTO DE URGENCIA.**

Favor indicar cuándo fue la primera evaluación que se hizo por este diagnóstico o condición y los médicos que le trataron:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Historia de la enfermedad actual, hallazgos físicos anormales, evolución y tratamientos recibidos. Es importante indicar las fechas de atención.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Códigos de Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Descripción de Códigos: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS (INCLUIR CODIGOS DE CPT Y HONORARIOS PARA PROCESAR ESTA SOLICITUD)**

Fecha	Código CPT	Unidades	Descripción de Procedimientos	Monto de Honorarios
/ /				
/ /				
/ /				

Lugar de Atención:  Consultorio  Hospital: \_\_\_\_\_  Centro Ambulatorio: \_\_\_\_\_

En caso de hospitalización, detallar: 1. Número de días de la estadía sin complicaciones. Días solicitados: \_\_\_\_\_

2. Nombre del Médico Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

3. Requiere Asistente Quirúrgico SI  NO  Nombre del Asistente: \_\_\_\_\_

**Certifico que la información presentada es correcta y verdadera.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

En pleno conocimiento de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre y espontánea por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o médicamente relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía de Seguros y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesiones que tengan en su poder; por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocermme en los sucesivo a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento. Adicionalmente, autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que considere conveniente para la evaluación del caso."

Firma del Paciente o Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DD MM AA

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA**

Aprobado  Aprobado con Condición  Necesita Segunda Opinión  Declinado

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DD MM AA

Este formulario debe ser remitido a Pre-autorizaciones al e-mail: preautorizaciones@iseguros.com y/o Fax: 210-1077.  
Teléfonos de Consulta: 206-4272 / 4252 / 4212