



Este documento debe ser remitido a nuestro fax 210-1077 - Departamento Internacional -Teléfono: 206-4257 - e-mail: dmoreno@iseguros.com

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Póliza \_\_\_\_\_

Número de Cédula: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_

HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE (DIAGNOSTICOS, MEDICOS QUE LO HAN EVALUADO, TRATAMIENTOS Y RESULTADOS)

---

---

---

---

---

---

---

---

DESCRIBA LAS RAZONES MEDICAS QUE MOTIVAN LA CONSULTA EN EL EXTRANJERO Y LOS PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS QUE NO SE REALIZAN EN PANAMA O QUE SE REALIZARAN EN EL EXTRANJERO. Detalle los códigos de procedimientos CPT.

---

---

---

---

---

---

---

---

DESCRIBA LAS RAZONES DE LA ESCOGENCIA DEL CENTRO MEDICO Y/O DEL MEDICO ESPECIALISTA A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA EN EL EXTRANJERO.

---

---

---

---

---

---

---

---

ANOTAR EL NOMBRE DE LOS MEDICOS Y PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO QUE ATENDERAN AL PACIENTE Y ANOTAR EL TELEFONO, DIRECCION Y CORREO ELECTRONICO (E-MAIL), PARA CONFIRMAR QUE SEAN PROVEEDORES DE BCBS.

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

