

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: <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/FUR dd/mm/aa
Si se practicó alguna cirugía, tratamiento o procedimiento previamente, describalo:	
Estudios de diagnóstico (laboratorios, radiología, otros). Deben estar directamente relacionados al diagnóstico 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:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

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:
	Código: <input type="text"/> Número de teléfono: <input type="text"/> Fecha: dd/mm/aa

Observaciones / Comentarios del especialista: