

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 o FUR

dd/mm/aa

Historia clínica. Si se practicó alguna cirugía, tratamiento o procedimiento previamente, descríballo. Si conoce el número de autorización previo favor anotararlo:

Estudios de diagnóstico (laboratorios, radiología, otros). Deben estar directamente relacionados al diagnostico de consulta.

Tratamiento o medicamentos recetados (para la prescripcion del medicamento debe indicarse el principio activo o genérico):

En caso de internamiento, cirugía o procedimiento, por favor descríballo (indicar código CPT):

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

Casillas a firmar para presentacion del reclamo de terapias: En caso de reembolso se requiere firma del terapeuta. En caso de pago directo se requiere firma del asegurado.

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 o profesional:

Código:

Número de teléfono:

Fecha:

dd/mm/aa

Observaciones / Comentarios del especialista:

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA - Centro Corporativo Lindora, Piso 2, Pozos, Santa Ana, San José, Costa Rica

Teléfono +506 2204-6300 - servicioalclientecr@palig.com - autorizacionescr@palig.com - palig.com - paligdirect.com - paligmed.com