



FORMULARIO DE PRE- AUTORIZACIÓN
E HISTORIA CLÍNICA
PÓLIZA UNIÓN PANAMEÑA DE AVIADORES COMERCIALES
Email: preautorizaciones@mapfre.com.pa

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Sexo: M F

Contratante: UNIÓN PANAMEÑA DE AVIADORES COMERCIALES (UNPAC) Póliza No.: 40300000000398 Teléfonos/ Celular: _____

Cédula: _____ Fecha de inicio de trabajo: _____ No. De empleado: _____

Estamento: _____ Oficial Administrativo: _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trasciendan aún después de mi fallecimiento, mi libre intención en autorizar a todo médico, hospital o clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país del extranjero, que tenga datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y para clínico, dictamen, diagnóstico, pre diagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionas con mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia auténtica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a dar a MAPFRE Panamá, S.A. o a su representante autorizado esta información.

Por todo lo anterior relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia auténtica de dicha información y documentación arriba descrita.

MAPFRE Panamá, S.A. también podrá solicitar una segunda opinión cuando el caso lo amerite. Una fotocopia de autorización será tan válida como su original.

Firma del Paciente _____

Firma del Asegurado si el paciente es menor de edad _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE
DIAGNÓSTICO Y/O PROCEDIMIENTO NO CODIFICADO, LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA

1. Diagnóstico Principal y ICD _____

2. Historia Clínica del paciente (indique que fechas de las diferencias atenciones médicas, incluyendo la actual)

<u>FECHA (S)</u>	<u>DIAGNÓSTICOS</u>	<u>TRATAMIENTOS</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Antecedentes Quirúrgicos con sus fechas: _____

En caso de Embarazo: Embarazo No.: _____ FUM: _____

4. Hallazgos físicos pertinentes: _____

5. Resultados significativos de laboratorios: _____

6. Resultados significativos de Rayos X: _____

Adjuntar resultados de los diferentes exámenes preliminares relacionados con esta dolencia.

7. Tratamiento planeado quirúrgico o médico: _____

CPT _____	Honorarios Solicitados \$ _____	CPT _____	Honorarios Solicitados \$ _____
CPT _____	Honorarios Solicitados \$ _____	CPT _____	Honorarios Solicitados \$ _____
CPT _____	Honorarios Solicitados \$ _____	CPT _____	Honorarios Solicitados \$ _____

Tipo de Anestesia General Local Raquídea Médico Anestesiólogo: _____

8. Fecha programada para la cirugía _____ Tiempo estimado _____ (días)
y hospitalización. Para la hospitalización.

9. Relevo de todo tipo de Responsabilidad Civil o Penal o Administrativo a **MAPFRE | PANAMA, S.A.**, a su Vicepresidente Ejecutivo, Representante Legal, o a sus accionistas, directores, dignatarios y empleados de aquel o aquellos, en caso que los asegurado(s) del Ministerio de Seguridad de la República de Panamá no dispongan del pago correspondiente del coaseguro, co-pago, deducible o máximo desembolso y otros, por lo que autoriza a **MAPFRE | PANAMA, S.A.** su traslado a otro centro médico de su predilección, y en consecuencia, no tendrá ningún tipo de reclamación en contra de cualesquiera personas antes indicadas.

Esta decisión la he tomado libre y voluntariamente, y sin coacción, intimidación o incentivo alguno.

Ambulatoria	Hospitalización	HOSPITAL ELEGIDO _____
Firma y sello del médico Fecha		Nombre y especialidad del médico (letra imprenta)

Firma del Asegurado _____