



RECLAMACIÓN POR CONSULTA EXTERNA Y/O TRATAMIENTO AMBULATORIO

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:

Nº. de Póliza:

Nº. Certificado:

Nombre completo del Paciente:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

F M

dd/mm/aa

El paciente es:

Empleado Cónyuge Hijo

Índole de la dolencia :

Accidente Enfermedad

Fecha inicio dolencia:

dd/mm/aa

AUTORIZACIÓN: Por este medio autorizo a todos los médicos, clínicas, hospitales o a cualquiera de los miembros del cuerpo profesional para que informe, revele o permita la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro de dicho médico, clínica, hospital o miembro de su cuerpo profesional a PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA. (Incluyendo copia exacta de sus archivos).

Médicos que le han tratado por esta dolencia:

Nombre	Dirección	Teléfono

Fecha:

dd/mm/aa

Firma del Asegurado:

SECCIÓN II - A LLENAR POR EL PATRONO*

Fecha:

dd/mm/aa

Sello y Firma del Patrono:

Datos del Patrono:

Nombre completo del empleado asegurado:

(*Si utiliza Red de Proveedores, no llene esta sección, ésta se completa únicamente en reclamos convencionales).

SECCIÓN III - A LLENAR POR EL MÉDICO ASISTENTE:

1. Motivo de la consulta:

¿Es la dolencia congénita?

Sí No

2. Diagnóstico(s)

3. Tiempo de evolución de los síntomas

4. Indique: nombre de hospital o consultorio, número de visitas al paciente por esta dolencia en cada lugar y monto por cada visita.:

En el hospital _____ Total Visitas _____ Importe por visita Q. _____

En el consultorio _____ Total Visitas _____ Importe por visita Q. _____

5. Si, en su opinión esta dolencia, por accidente de trabajo o enfermedad, es debida a la ocupación del paciente, explique detalladamente

6. Si la condición es por embarazo indique las semanas de gestación:

7. Si se practicó alguna cirugía, describala:

8. Medicinas recetadas

9. Observaciones:

Nombre del Médico solicitante:

Nº Colegiado:

Teléfono:

Fecha:

Firma y Sello:

IMPORTANTE: Al hacer uso de Consulta Externa a través de la Red de Proveedores PALICMED, el asegurado necesita proceder así:
1) Presentar al médico afiliado el carné de seguro.- 2) Entregar al médico tratante este formulario únicamente con la **sección I** debidamente completada, ya que la **sección II** se completa en reclamos convencionales.- 3) Pagar al médico tratante solamente el 20% del valor de la consulta de acuerdo a los honorarios pactados.