

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR CONSULTA EXTERNA Y/O TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

**IMPORTANTE:** Al hacer uso de Consulta Externa a través de la Red de Proveedores Panamericana, el asegurado necesita proceder así:

- Presentar al médico afiliado el carnet de seguro.
- Entregar al médico tratante este formulario únicamente con la sección A debidamente completada, ya que la sección B, se completa  en reclamos convencionales.
- Pagar al médico tratante solamente el 20% del valor de la consulta de acuerdo a los honorarios pactados.

### SECCIÓN A - Para ser completada por el Asegurado

1.  Datos del Paciente: Empleado \_\_\_ Cónyuge \_\_\_ Hijo \_\_\_  
 Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ Año \_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_
2.  Datos de la Incapacidad  
 Índole de la dolencia: Enfermedad \_\_\_ Accidente \_\_\_ Inicio: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ 200 \_\_\_
3.  Nombre, teléfono y dirección de otros médicos que le han tratado por esta incapacidad:  
 \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:** Por este medio autorizo a todos los doctores, 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 la COMPAÑÍA DE SEGUROS PANAMERICANA, S.A. (Incluyendo copia exacta de sus archivos).

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ 200 \_\_\_

### SECCIÓN B - Para ser completada por el Patrono

(Si utiliza Red de Proveedores, omite, llenar esta sección, la misma se completa únicamente en reclamos convencionales).

1.  Datos del Patrono: \_\_\_\_\_
2.  Empleado Asegurado: Nombres:  \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_
3.  Número de la Póliza:  \_\_\_\_\_ Número de Certificado: \_\_\_\_\_
- Firma y Sello del Patrono \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ 200 \_\_\_

### SECCIÓN C - Para ser completada por el Médico Asistente:

1.  Motivo de la consulta:  \_\_\_\_\_ ¿Esta incapacidad es de origen congénito? SI \_\_\_ NO \_\_\_
2.  Diagnóstico(s) \_\_\_\_\_
3.  Tiempo de evolución de los síntomas \_\_\_\_\_
4.  Cite la primera visita por esta incapacidad y todas las fechas en que atendió al paciente
- En el hospital \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Visitas a Q. \_\_\_\_\_ c/u  
Indicar Nombre
- En el consultorio \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Visitas a Q. \_\_\_\_\_ c/u
5.  Según su opinión ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a su ocupación? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- En caso afirmativo, explique detalladamente \_\_\_\_\_
6.  Medicinas recetadas \_\_\_\_\_
7.  Si se practicó Cirugía, describa la misma \_\_\_\_\_
8.  Se debe la condición de la paciente a Embarazo: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Fecha aproximada de Inicio: \_\_\_\_\_
9.  Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Firma y Sello \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ 200 \_\_\_