

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Importante:

Este formulario debe ser debidamente completado sin tachones o enmiendas y con letra de molde.- Tomar nota que esta solicitud el asegurado debe enviarla a **Pan-American Life de Guatemala**, con 5 días de anticipación a la fecha de inicio del tratamiento. Aplica únicamente para fisioterapeutas afiliados a la Red Paligmed.

SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:		Fax o e-mail para enviar autorización:	
Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:	Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.	
Nombre del Asegurado:			
Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha:	Firma del Asegurado:

SECCIÓN II - A LLENAR POR EL MÉDICO

Diagnósticos:			
Tiempo de evolución de los síntomas		Nombre del Médico solicitante:	
La dolencia es de origen congénito: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nº Colegiado:	Teléfono:
Si se practicó cirugía, indique fecha y lugar:		Fecha:	
Si recibió tratamiento previo por este diagnóstico indique cuándo:		Firma y Sello:	
Número de terapias solicitadas:			

SECCIÓN III - CONTROL DE TERAPIAS

Fisioterapias	Fecha	Firma Asegurado	Fisioterapias	Fecha	Firma Asegurado
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5					
6					
7					
8					
9					
10					

El asegurado debe anotar la fecha y su firma el día en que se realice cada fisioterapia, según las fisioterapias autorizadas.

Nombre del Terapeuta:
Firma y Sello:

OBSERVACIONES: