

FORMULARIO ÚNICO DE GASTOS MÉDICOS



RED DE PROVEEDORES
PALIGMED

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

CONSULTA EXTERNA

INSTRUCCIONES: • Presentar el carné del seguro • Llevar identificación con foto • Entregar este formulario • Pagar al médico el copago correspondiente.

A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:		Nº. de Póliza:		Nº. Certificado:	
Nombre completo del Paciente:					
El paciente es:					
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo					
Motivo de la consulta:					
<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad					
Fecha inicio síntomas:		Fecha:		Firma del Asegurado:	

AUTORIZACIÓN: Por este medio autorizo a todos los médicos, clínicas, 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).

A LLENAR POR EL PATRONO (Si utiliza Red de Proveedores, no llene esta sección, ésta se completa únicamente en reclamos convencionales).

Datos del Patrono:	Fecha:	Sello y Firma del Patrono:
Nombre completo del empleado asegurado:		

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA • Avenida La Reforma 9-00 Zona 9, Edificio Plaza Panamericana, 10º. Nivel, Ciudad Guatemala, Guatemala
PBX. (+502) 2338-9800 • Fax. 2338-9897 • Autorizaciones Ext.: 31, 40 • autorizacionesmedicas.gt@palig.com • www.palig.com • www.mypalig.com



RED DE PROVEEDORES
PALIGMED

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

COMPRA DE MEDICAMENTOS

INSTRUCCIONES: • Este formulario tendrá una validez de 15 días a partir de la fecha de emisión • Completar sin tachones o enmiendas y con letra de molde • Especificar presentación de medicamento, dosis y tiempo de tratamiento • Los medicamentos cuyo valor exceda Q.1,000.00 necesita autorización previa de Pan-American Life de Guatemala.

A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:	Fecha:	Firma del Asegurado:
Nombre del Paciente:			
Fecha de nacimiento:			

Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.

A LLENAR POR LA FARMACIA AFILIADA

Solo para compra de medicamentos en tratamientos prolongados, de valor menor o igual a Q.1,000.00 y que no requieran autorización. **IMPORTANTE:** Para tratamientos de muy larga duración o indefinidos, este formulario deberá repetirse por el médico cada 3 meses.

Fecha:	Fecha:	Fecha:
PRIMER MES	SEGUNDO MES	TERCER MES
SELLO DE LA FARMACIA	SELLO DE LA FARMACIA	SELLO DE LA FARMACIA

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA • Avenida La Reforma 9-00 Zona 9, Edificio Plaza Panamericana, 10º. Nivel, Ciudad Guatemala, Guatemala
PBX. (+502) 2338-9800 • Fax. 2338-9897 • Autorizaciones Ext.: 31, 40 • autorizacionesmedicas.gt@palig.com • www.palig.com • www.mypalig.com



RED DE PROVEEDORES
PALIGMED

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

LABORATORIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

INSTRUCCIONES: • Este formulario tendrá una validez de 15 días a partir de la fecha de emisión • Completar sin tachones o enmiendas y con letra de molde • El grupo de exámenes cuyo valor exceda Q.1,000.00 necesita autorización previa de Pan-American Life de Guatemala • Estudios especiales que necesitan autorización ver lista al dorso.

A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:	Fecha de nacimiento:	Fecha:	Firma del Asegurado:
Nombre del Paciente:				

Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA • Avenida La Reforma 9-00 Zona 9, Edificio Plaza Panamericana, 10º. Nivel, Ciudad Guatemala, Guatemala
PBX. (+502) 2338-9800 • Fax. 2338-9897 • Autorizaciones Ext.: 31, 40 • autorizacionesmedicas.gt@palig.com • www.palig.com • www.mypalig.com

FORMULARIO ÚNICO DE GASTOS MÉDICOS

CONSULTA EXTERNA

ALLENAR POR EL MÉDICO :

1. Motivo de la consulta:

2. Diagnóstico(s)

3. Tiempo de evolución de los síntomas

4. Indique: nombre de hospital o consultorio, número de visitas al paciente por esta condición en cada lugar y valor de cada visita.:
En el hospital

Total Visitas

Importe por visita Q.

En el consultorio

Total Visitas

Importe por visita Q.

5. Por embarazo indique las semanas de gestación y/o FUR:

6. Si se practicó alguna cirugía, descríbalas:

7. Medicinas recetadas

8. Observaciones:

Nombre del Médico y especialidad:

Nº Colegiado:

Teléfono:

Fecha:

Firma y sello:

COMPRA DE MEDICAMENTOS

ALLENAR POR EL MÉDICO / HOSPITAL

Diagnósticos:
1

2

3

4

Nº de medicamentos solicitados:

Fecha inicio síntomas:

Principio Activo

MEDICAMENTO GENÉRICO:

Dosis y Frecuencia

Tiempo

Nombre

MEDICAMENTO DE MARCA:

Dosis y Frecuencia

Tiempo

LABORATORIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

ALLENAR POR EL MÉDICO :

Nombre del Médico y especialidad:

Firma y Sello:

Diagnósticos:
1

2

3

4

Exámenes que necesitan autorización:

☐ EEG

☐ Electromiograma

☐ Proced. endoscópicos

☐ Mamografía

☐ EKG

☐ Pruebas de alergias

☐ RX c/ m. contraste

☐ P. Evocados

☐ RMN

☐ Prueba de esfuerzo

☐ Ecocardiograma

☐ Holter y mapa

☐ TAC

☐ Pruebas nucleares

☐ Densitometría ósea

☐ Doppler

Exámenes solicitados:
1

8

2

9

3

10

4

11

5

12

6

13

7

14

Observaciones: