



RED DE PROVEEDORES  
**PALIGMED**

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

# SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN HOSPITALIZACIONES PROGRAMADAS Y URGENCIAS

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

## SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:

Nº. de Póliza:

Nº. Certificado:

Nombre del Asegurado:

Nombre del Paciente:

Edad:

Si la dolencia fue **causada** por un **accidente** indique:

Lugar del suceso:

Fecha:

Fecha:

Firma del Asegurado:

Si la dolencia fue **causada** por **enfermedad** indique:

Fecha de inicio:

Por la presente manifestación de voluntad libre y espontánea, autorizo a los hospitales, clínicas y profesionales de la salud privada o pública en donde haya sido atendido, a entregar a Pan-American Life o sus representantes cualquier información que guarde relación con mi historia clínica, exámenes médicos, intervenciones y demás atenciones o servicios médicos recibidos. Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.

## SECCIÓN II - A LLENAR POR EL MÉDICO / HOSPITAL

Nombre del Hospital:

Según su opinión indique  
fecha inicio del padecimiento:

Si la hospitalización es por embarazo  
indique, semanas de gestación:

Diagnóstico Completo:

Cod. CIE9

### TIPOS DE SERVICIOS

Hospitalización por cirugía

Cirugía Ambulatoria

Emergencia por accidente

Hospitalización por enfermedad

Unidad de Cuidados Intensivos

Emergencia por enfermedad

Admisión:		Salida:
Fecha:		
Hora:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.

Historia Clínica:

### Descripción de procedimientos o tratamiento médico

Códigos

1  
2  
3  
4

### Médicos Tratantes

Nombre

Colegiado

Especialidad

Visitas

1  
2  
3

Si hay cirugía:

Nombre

Colegiado

Especialidad

Cirujano principal:

Asistente:

Otro:

Equipo Especial (especifique):

Si el procedimiento requiere patologías indique cuántas:

Nombre del Médico solicitante:

Nº Colegiado:

Teléfono:

Fecha:

Firma y Sello:

**IMPORTANTE:** En caso de cirugía programada el asegurado debe solicitar autorización a la Compañía 5 días antes del procedimiento. En caso de Hospitalización por emergencia, el proveedor deberá enviar el formulario completo en un tiempo no superior a 48h., de lo contrario el servicio no tendrá cobertura de pago directo."