



BAJO MASC.	PA X	PULSO ()	RESP. ()	TEMP. <>	COM. ANEST. X	COMP OP. (.)	TERM ANEST. (X)	PRE ANESTESIA	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 02 3 Liters </div>								HORA	
								DROGAS	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Gpu 7pu 8pu </div>								RIESGO (A. SA.)	
TEMP	PA							SEXO F	EDAD 37
SP O2								PESO	ESTAT
39	260							HB	HCTO
38	240							TIPAJE	
37	220							ORINA	
36	200							EX PULM	
35	180							ECG	
34	160							GLICEMIA	
33	140							TPO. PROTOMBIANA	
32	120							OTROS EX.	
31	100								
30	80							CABEZA	
29	60							DENT.	
28	40							CUELLO	
27	20							CARDIO	
26	10							PULM	
								RENAL	
								HEPT	
								NEUROL	
								ALERGIAS	
								ENDO CRINO	
								DROGAS	
OBSERVACIONES									
1. Bloqueo Prerenal 2. fentanyl 100 3. Bupivac 10mg									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> MONITOREO PA, FC ESQUEMA DE HIDRATACION 1. REQUERIMIENTO DIARIO: 2. AYUNO 3. MANTENIMIENTO 4. EXPOSICION </div> <div> 1/1000 200 </div> </div>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DILIRISIS </div> <div> PERO ESTIMADA </div> </div>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>VOL. SANG</div> </div>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>(HCTO+ 50)</div> <div>KG</div> </div>									

Nacimientos = 729 pm
 Sexo = Femenino
 Pecu =
 Appar = 9-9
 Semas = 39
 Dra = Tejabá.

16/6/23



SALON DE OPERACIONES
HOJA DE CUENTA DE GASAS E INSUMOS

NOMBRE DEL PACIENTE: ISIS MARTINEZ
CEDULA: 9-72349 EDAD: 37 DIRECCION: Bda NUEVO SANTIAGO
DIAGNÓSTICO: PARIDAD Satisfactoria
CIRUGÍA: SAFINSECTOMIA
CIRUJANO: DR. DE LEON ASISTENTE: ENT. MARTINEZ
ANESTESIOLOGO: DR. SERRACIN ASISTENTE: TEC J. MOLINA
INSTRUMENTISTA: TEC BORRILLA CIRCULANTE: TEC J. MOLINA

TIEMPO QUIRÚRGICO:

ENTRADA A QX: 7:47 PM INICIO DE CX: 8:01 PM TERMINA CX: 8:23 PM SALIDA DE QX: 8:28 PM

EN CASO DE CESAREA:

HORA DE NACIMIENTO: SEXO: PEDIATRA:

GASAS RAYTEX	INSUMOS GENERALES	INSUMOS
1- Paquete	1- Plancha CAUTERIO	BISTURI:
	1- Lapa CAUTERIO	1- #10
	1- TEGADEN	
	1- Jeringuilla SCC	SUTURAS:
	SCC Xilocaina	1- Nylon 30
	100 CC - Agua	1- drenil #1
	5- Electrodo	
	1- JERINGA 20CC	
	1- LACTATO DE 1000CC	
	2 TRIPACK	
	1- PAMPER	

CUENTA COMPLETA
SI ☒ NO ☐

VENDAS ABDOMINALES

CUENTA COMPLETA
SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES:

Envío de trocenas a patología
Timbana X SECCION DE TROMBA

HOSPITAL MÉDICA NORTE NUEVO SANTIAGO

Servicio de Laboratorio Clínico

Nombre del Paciente: HIJA DE ISIS MARTINEZ

Cédula: 9-723-49-R

Sexo: F **Edad:** 1 día

Procedencia: Neonatología

SEROLOGÍA

<u>Prueba</u>	<u>Resultado</u>
TIPAJE ABO Y FACTOR RH	O POSITIVO

Validado por:


Lic. Evelio Sánchez
Tecnólogo Médico
Reg. 28867 Folia 124
Licdo. Evelio Sánchez.

HOSPITAL MÉDICA NORTE NUEVO SANTIAGO

Servicio de Laboratorio Clínico

Nombre del Paciente: Isis Natividad Martínez

Cédula: 9-723-49

Sexo: F

Edad: 37 Años

Procedencia: Urgencias

SEROLOGÍA

<u>Prueba</u>	<u>Resultado</u>
---------------	------------------

TIPAJE Y FACTOR RH:

O POSITIVO

Validado por:



Lic. Evelio Sánchez
Tecnólogo Médico
Reg. 2886 * Follo 124

TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE POR ASEGURADO	B/. 500,000.00
Renovable	Local e Internacional
Cobertura	MEDIRED
Red de Proveedores:	
<ul style="list-style-type: none"> Hospitales: Ciudad de Panamá: Todos los de la Red Interior y Colón: Todos los de la Red Otros Proveedores: Todos los de la Red Fuera de Panamá: 	BCBS – Red PPO
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia Otros Países - Urgencias - Casos Electivos y/o Programados 	B/.300.00 B/.1,000.00 B/.5,000.00
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia Otros Países 	B/.5,000.00 B/.10,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre- Autorización

a. Cuarto y Alimentación Diario - Habitación Privada	HOSPITALES EN PANAMA CO PAGO POR EVENTO: San Fernando y Santa Fe B/.250.00 Hospital Nacional y Paitilla B/.300.00 Pacífica Salud B/.400.00 Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (Coaseguro 20%)
b. Cuidados Intensivos Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Previa Autorización	
d. Cirugía: Honorarios Médicos Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	
e. Anestesia: Honorarios Médicos	
f. Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	HOSPITALES EN INTERIOR Y COLON CO PAGO POR EVENTO: B/.200.00 Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (Coaseguro 20%)
<ul style="list-style-type: none"> Médico Tratante – Una (1) visita al día. En exceso Previa Autorización Médico Especialista – Previa Autorización 	

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta en Clínicas Satélites – Médico General	Sin Co-Pago
Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista	Co-Pago de B/.10.00
Consulta Externa - Médico General	Co- Pago de B/.12.00
Consulta Externa - Médico Especialista	Co- Pago de B/.20.00
Consulta Externa - Médico Sub Especialista	Co- Pago de B/.25.00
Rayos X y Laboratorios – Requiere Pre-Autorización (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00)	Co- Pago del 25%
Exámenes Especiales – Requiere Pre-Autorización	Co Pago del 30%
Medicamentos Recetados:	
<ul style="list-style-type: none"> Innovador o Comercial Bioequivalente o Genérico 	80% después del deducible 90% después del deducible
Acupuntura	Co- Pago de B/.15.00 por sesión
<ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza Máximo Vitalicio 	Cinco (5) sesiones Veinte (20) sesiones



Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros,
Licenciario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association,
autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama

Supervisado y Regulado por la Superintendencia de Seguros de Panamá

MEDIRELITE INFINITY - 04/16 - Rev. 09/19
C.G. MEDIRELITE - 07/99 - Rev. 09/19

Favor llenar este formulario completamente en LETRA IMPRENTA.
En caso de no estar completa, su solicitud no será procesada.

☒ Hospitalización

Extensión de días solicitados: _____ Número de días

Exámen Especial Intrahospitalario

Interconsulta Hospitalaria: _____ Número de visitas

Nombre del Médico: Gabriel De León Niñez

Motivo de Interconsulta o Ext. de días: _____

☐ Cirugía Ambulatoria

☐ Exámen y/o Procedimiento
Especial Ambulatorio

☐ Rayos X y Laboratorios

☐ URGENTE

ENVIAR CONFIRMACIÓN A:

E-mail: efenti@panama@gmail.com

Fax: _____

Nombre del Contratante: Isis Natividad Martínez Aparicio
Nombre del Paciente: Isis Natividad Martínez Aparicio
Póliza No.: 016-05-0000527 Certificado No.: 1 Sexo: F ☒ M ☐
Cédula No. / Pasaporte: 9-723-49 Fecha de Nacimiento: 14 / 09 / 1985
Teléfono: 65125936 E-mail: isisnma09@gmail.com
Tiene otro Seguro: SI ☐ NO ☒ Sí:

La Condición se debe a:

☐ Enfermedad

☐ Accidente

☒ Embarazo

☐ Congénito

☐ Otro:

A FIN DE PODER EVALUAR LA SOLICITUD, ADJUNTAR RESULTADOS DE CUALQUIER RAYOS X, LABORATORIOS, EKG U OTRO EXÁMEN ESPECIAL. EN CASO DE ATENCIÓN POR URGENCIA, FAVOR ACOMPAÑAR EL REPORTE DEL CUARTO DE URGENCIA.

Favor indicar cuándo fue la primera evaluación que se hizo por este diagnóstico o condición y los médicos que le trataron:

Acude con 37 42 cm y elevación de TA (12-6-23)
Antecedente de Preclampsia Gestación previa

Historia de la enfermedad actual, hallazgos físicos anormales, evolución y tratamientos recibidos. Es importante indicar las fechas de atención.

Se realiza control de TA: 130/90 - 130/85
Paciente sin otros problemas.

Códigos de Diagnóstico: _____ Descripción de Códigos: Trastorno Hipertensivo de Embarazo

PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS (INCLUIR CODIGOS DE CPT Y HONORARIOS PARA PROCESAR ESTA SOLICITUD)

Fecha	Código CPT	Unidades	Descripción de Procedimientos	Monto de Honorarios
12/6/23			Inducción de labor de parto	
12/6/23	59410		Atención parto vaginal	
12/6/23	58669		Salpingo-ovártomía parcial bilateral	

Lugar de Atención: ☐ Consultorio ☒ Hospital: Médica Norte, No. 500 ☐ Centro Ambulatorio:

En caso de hospitalización, detallar: 1. Número de días de la estadía sin complicaciones. Días solicitados: 3

2. Nombre del Médico Anestesiólogo: Antonio Serracin

3. Requiere Asistente Quirúrgico SI ☒ NO ☐ Nombre del Asistente: Handi, Hou Zhang

Certifico que la información presentada es correcta y verdadera.

Nombre: Gabriel De León Firma y Sello del Médico: Dr. Gabriel De León N.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

En pleno conocimiento de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria y exclusiva a la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o médicamente relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía de Seguros y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder; por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocirme en los sucesivos a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento. Adicionalmente, autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que considere conveniente para la evaluación del caso."

Firma del Paciente o Persona Autorizada: Isis Natividad Martínez Aparicio

Fecha: 12 / 6 / 23
DD MM AA

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Aprobado ☐ Aprobado con Condición ☐ Necesita Segunda Opinión ☐ Declinado ☐

Firma: _____

Fecha: / /
DD MM AA

Este formulario debe ser remitido a Pre-autorizaciones al e-mail: preautorizaciones@iseguros.com
Teléfonos de Consulta: 206-4272 / 4252 / 4256



Suscrito y administrado por Cia. Internacional de Seguros S.A. Licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.
Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

SENSIBLE