

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: efertilpanama@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 ☒ Cía.: _____

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.

Ayuda con 37 3/2 semanas y elevación de TA (12-6-23)
Antecedente de Preclampsia en Gestación previa

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

Se regula TA de 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	58664		Salpingectomía parcial Bilateral	

Lugar de Atención: ☐ Consultorio ☒ Hospital: Méica North, NB San José ☐ 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 profesiones 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 / 06 / 23

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

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

Firma: _____

Fecha: _____

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