

### FORMULARIO DE PRE- AUTORIZACIÓN E HISTORIA CLÍNICA

E mail		497	All .	0	
# -	4	4007		Cancer.	-
E mail	100	40	0	407	1000

0

E mail

### PÓLIZA MINISTERIO DE SEGURIDAD

Email: preautorizaciones@mapfre.com.pa
Paciente: Victor E. Santos Perez Fecha de Nacimiento: Día 2 Mes 1 Año 1992 Sexo: M V F
Contratante: MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA Póliza No.: 403000000000303 Teléfonos/ Celular:
Cédula: 9-738-246 Fecha de inicio de trabajo en el MINSEG: 403000000 No. De Empleado: 24992
Estamento: Policia Nacional Oficial Administrativo: Cabo Primero
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que transciendan aún después de mi fallecimiento, mi libre intención en autorizar a todo médico, hospital o clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país del extrañjero, que tenga datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y para clínico, dictamen, diagnóstico, pro diagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionas con mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia auténtica de mi Cuadricula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a dar a MAPFRE Panamá, S.A. o a su representante autorizado esta información.  Por todo lo anterior relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia auténtica de dicha información y documentación arriba descrita.  MAPFRE Panamá, S.A. también podrá solicitar una segunda opinión cuando el caso lo amerite. Una folocopia de autorización será tan válida como su original.  Firma del Paciente  Firma del Paciente  Firma del Asegurado si el paciente es menor de edad  DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE  DIAGNÓSTICO Y/O PROCEDIMIENTO NO CODIFICADO, LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA  1. Diagnóstico Principal y ICD  DIAGNÓSTICO Y/O PROCEDIMIENTO NO CODIFICADO, LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA
practure del 13 distol de la trova 3116.
S/6/23. Troctieve Lel'/3 distel 2A+F.I con place  Thorize Blue. 406/101.  3. Antecedentes Quirúrgicos con sus fechas:
En caso de Embarazo: Embarazo No.: FUM:  4. Hallazgos físicos pertinentes:
5. Resultados significativos de laboratorios:
6. Resultados significativos de Rayos X:
Adjuntar resultados de los diferentes exámenes preliminares relacionados con esta dolencia.  7. Tratamiento planeado quirúrgico o médico:  **Reducción**  **Abicarta**  **Trijación**  **Propicto**  **Tratamiento planeado quirúrgico o médico:  **Tr
CPT Honorarios Solicitados \$
CPT Honorarios Solicitados \$ Macien Crimeriono As is to.
CPT Honorarios Solicitados \$ CPT Honorarios Solicitados \$
Tipo de Anestesia General Local Raquidea Médico Anestesiólogo: Dr. Amarildo Misanda
8. Fecha programada para la cirugía 6/6/3 Empo estimado (días) y hospitalización.  Para la hospitalización.
9. Relevo de todo tipo de Responsabilidad Civil o Penal o Administrativo a MAPFRE   PANAMA, S.A., a su Vicepresidente Ejecutivo, Representante Legal, o a sus accionistas, directores, dignatarios y empleados de aquel o aquellos, en caso que los asegurado(s) del Ministerio de Seguridad de la República de Panamá no dispongan del pago correspondiente del coaseguro, co-pago, deducible o máximo desembolso y otros, por lo que autoriza a MAPFRE   PANAMA, S.A. su traslado a otro centro médico de su predilección, y en consecuencia, no tendrá ningún tipo de reclamación en contra de cualesquiera personas antes indicadas.  Esta decisión la he tomado libre y voluntariamente, y sin coacción, intimidación o incentivo alguno.

Ortopedie y Traumintologie
Cod: C-450 Registro 300 medico

Ambulatoria

5/6/23.

Hospitalización

Medico Hospital ELECTION, Sorrhago,

Nombre y especialidad del médico (letra imprenta)



	stamento 86. Seguidad	3. Nombre del asegurado ( due?			4.Cédula 2-738-200
5.Telefono/Celular:	6.Nombre del paciente: 7.No. de empleado	8. Oficial admin.	9.Fecha de Nac. Del p	paciente: 10.S	exo:
11. Favor detalle el total de gastos Está presentando  Consulta \$ 7  Medicamentos \$  Laboratorios \$	5-00 Donde	e accidente, explique	13.Si posee Ud. otro gastos, indique:	seguro que pudiera cub	rir parte de los
Exámenes Especiales \$  Otros \$	elegibilidad información Firma	que el pago de mis beneficios s	rovisiones de la póliza. As de este reclamo. F EEMBOLSO DIRECTO A MÉ iea efectuado directament	i mismo autorizo la liberecha S/6/2:	eración de cualquier
16.DETALLE DE PROCEDIMIENTO C	COD.)  I In Cès tal  OUIRURGICO SERVICIO MÉDICO  Describa e	titio . The	972 . 27:	Accidente	Embarazo (FUM)  CÓDIGO  Cargo  75.00
*Código de lugar de servicio: (PH) F  17. Indique los exámenes de labora  AP    AP     AP     AP     AP      AP			(U) Urgencias	Total	75.00.
18. ¿Cuándo atendió al paciente po Día Mes Año 33  Certifico que atendí al paciente arri  Nombre del médico tratante  Nombre o razón social  Relevo de todo tipo de Responsabi directores, dignatarios y empleados	ba indicado y que las declaraci  Firma d  Ced o	ones que he hecho corresponden el médico tratante  Ruc	a los servicios que he prest	Dr. Ricardo Co Ortopedia y Traut Cod: C-450 Re PSO - OC	ncepción matología egistro 3638

# MAPFRE PANAMÁ

### FORMULARIO DE INSUMOS PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTO COSTO

(Este formulario debe ir adjunto al FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION E HISTORIA CLINICA) DECLARACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

PACIENTE	Victor Sentor	
NOMBRE DEL MÉDICO	Ricardo Concepción.	
PACIENTE HOSPITALIZADO O	PACIENTE AMBULATORIO	
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO A REALIZAR	RAFFI E placay tomillor.	
MATERIALES Y EQUIPOS A UTILIZAR EN EL	1,HORA 2 HORAS (B HORAS)	0
PROCEDIMIENTO (DELLADO)	Place DCPO Reconstruction + tonilly	on conti
HORAS EN SALON DE OPERACIONES	Place DCP o Reconstruction + tonder	The same
DÍAS EN SALALA	3	Jack John
DÍAS EN UCI		
FAVOR INDICAR LA CASA COMERCIAL QUE SE VA UTILIZAR	Hospital. Médica Norte,	Santiago
CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (DE RED)	CIRPA CCAP MAR DEL SUR CAPA	
HOSPITALES	HN CSF HPP CMP TPC HSF	

FIRMA DEL MÉDICO/FECHA

Dr. Ricardo Concepción

Ortopedia y Traumatologia Cod: C-450 Registro 36.38 Ricardo Correspión Ortop. y

NOMBRE Y ESPECIALIDAD EN IMPRENTA TOTALLA



2.Fecha de				3.Nombre del asegurado ( du	eño de póliza)	Fecha de Na póliza)	ac. (dueño de	4.Cédula
5.Telefono	/Celular:	6.Nombre del p			9.Fecha de N	lac. Del pacient	e: 10.	Sexo:
		7.No. de emplea	ido	8. Oficial admin.	DíaMes	5 Año		M F
Está presei	letalle el total de gas ntando	tos que Ud.		e accidente, explique	13.Si posee l gastos, indiq	Jd. otro seguro	que pudiera cu	brir parte de los
Consulta	\$ _				_ Tipo de segu	ro Hospital		to Acc. Person
Medicame				lió	_ Nombre de C	ía. Aseguradora	1	
Laboratorio Rayos X	¥ _							
Cirugía			Yo certifico q elegibilidad d	ue las declaraciones son comp e mis gastos de acuerdo a las recesaria para el procesamiento	provisiones de la nó	tiendo que se i	usarán para ay	udar a determinar
Exámenes E			información n Firma	pecesaria para el procesamiento	de este reclamo.	Fecha	autorizo la lib	eración de cualqu
Otros	\$_		Vo autorize	AUTORIZACIÓN PARA	REEMBOLSO DIRECT	O A MÉDICO Y	/O HOSPITAL	
TOTAL	\$		servicios presi	que el pago de mis beneficios tados.	sea efectuado direc	tamente al mé Fecha	édico tratante	y/u hospital por l
	que tuvo el primer s		sAño	[	Enfermedad	Accident	te	Embarazo (FUM) CÓDIGO
5.DIAGNÓS 6.DETALLE	STICO (FAVOR UTILICI	E COD.)	ICIO MÉDICO S	SUMINSITRADO		Accident	te	
5.DIAGNÓS	STICO (FAVOR UTILICI	E COD.)	ICIO MÉDICO S	L			teCódigo	
5.DIAGNÓS 6.DETALLE	STICO (FAVOR UTILICI	E COD.)	ICIO MÉDICO S	SUMINSITRADO				CÓDIGO
5.DIAGNÓS 6.DETALLE	STICO (FAVOR UTILICI	E COD.)	ICIO MÉDICO S	SUMINSITRADO				CÓDIGO
5.DIAGNÓS 6.DETALLE	STICO (FAVOR UTILICI	E COD.)	ICIO MÉDICO S	SUMINSITRADO				CÓDIGO
5.DIAGNÓS 6.DETALLE Fecha	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	E COD.)  QUIRURGICO SERV	ICIO MÉDICO S Describa el	UMINSITRADO procedimiento quirúrgico o ser	vicio médico			CÓDIGO
5.DETALLE Fecha  ódigo de lu	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	QUIRURGICO SERV	Describa el	SUMINSITRADO  procedimiento quirúrgico o ser	vicio médico		Código	CÓDIGO
5.DIAGNÓS 6.DETALLE Fecha	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	QUIRURGICO SERV	Describa el	SUMINSITRADO  procedimiento quirúrgico o ser	vicio médico		Código	CÓDIGO
5.DETALLE Fecha  ódigo de lu . Indique lo	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  lugar de servicio: (PH) se exámenes de labor  atendió al paciente po	QUIRURGICO SERV  Paciente hospitaliza atorio o Rayos X qu  or primera vez?	Describa el  Describa el  do (PA)Pacien e Ud. ordenó:	SUMINSITRADO procedimiento quirúrgico o ser nte Ambulatorio (OL) Otro Lugal	vicio médico  (U) Urgencias	lombre del méd	Código	Cargo
5.DETALLE Fecha  ódigo de lu . Indique lo . Los Mes tifico que a	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  lugar de servicio: (PH) se exámenes de labor  atendió al paciente po	QUIRURGICO SERV  Paciente hospitaliza atorio o Rayos X qu  or primera vez?	Describa el  Describa el  do (PA)Pacien e Ud. ordenó:	SUMINSITRADO procedimiento quirúrgico o ser	vicio médico  (U) Urgencias	lombre del méd	Código	Cárgo



2.Fecha de		Estamento		3.Nombre del asegurad	o ( dueño de póliza)	Fecha póliza)	de Nac. (dueño d	e 4.Cédula
5.Telefono	/Celular:	6.Nombre del p	aciente:		9 Fecha	de Nac. Del par	rionto.	10.6
cor	9753				J.i celle	de Nac. Dei pai	Jente:	10.Sexo:
	-3253	7.No. de emple		8. Oficial admin.	Día	MesAño_	[[	M F
11. Favor d Está preser	etalle el total de gas	stos que Ud.	12.En caso de	accidente, explique	13.Si po	see Ud. otro se	guro que pudiera	cubrir parte de los
Loca preser	itariuu		Dondo		gastos,	indique:		
Consulta	\$				1	seguro Hos	pitalización	Auto Acc. Pers
Vledicamer			Cuándo		Nombre	de Cía. Asegura	adora	
viculcalliel	11.05 \$ _							
aboratorio	s \$	5	1 como sucea	ió				
Rayos X	\$_		Yo certifico gi	ue las declaraciones son	completes y supet-			
irugía	\$_			e mis gastos de acuerdo ecesaria para el procesan	a las uruvisiones de	la nollya Aci m	e se usarán para iismo autorizo la	ayudar a determi- liberación de cua
xámenes E	sneciales \$		Firma /	60 / para el procesan	nento de este reclam	o. Fec		
	opening y		Va	Sales				
Otros	\$ .		Vo aut	AUTORIZACIÓN	PARA REEMBOLSO D	RECTO A MÉDI	CO Y /O HOSPITA	L
OTAL	\$		servicios prest	ue el pago de mis bene	ficios sea efectuado	directamente	al médico tratan	te y/u hospital po
	¥ -	-	Firma /	Ef.		Fecl	12	
	- Provincialis III	1	U cel	gles		1 001	10	
.Fecha en	que tuvo el primer	síntoma: Día Me	es Año					
and the second			7110	-	Enfermedad	I Acc	idente I	Embarazo (El III
and the second second	STICO (FAVOR UTILIO				Enfermedad	Acc	cidente [	Embarazo (FUI CÓDIGO
5.DIAGNÓS	DE PROCEDIMIENTO	CE COD.)	VICIO MÉDICO S			Aci	idente [	
5.DIAGNÓS	STICO (FAVOR UTILIO	CE COD.)	VICIO MÉDICO S	UMINSITRADO procedimiento quirúrgico		Aci	Códig.	CÓDIGO
5.DIAGNÓS	DE PROCEDIMIENTO	CE COD.)	VICIO MÉDICO S			Acc		CÓDIGO
5.DIAGNÓS	DE PROCEDIMIENTO	CE COD.)	VICIO MÉDICO S			Acc		CÓDIGO
5.DIAGNÓS	DE PROCEDIMIENTO	CE COD.)	VICIO MÉDICO S			Aci		CÓDIGO
5.DIAGNÓS	DE PROCEDIMIENTO	CE COD.)	VICIO MÉDICO S			Acc		CÓDIGO
5.DIAGNÓS	DE PROCEDIMIENTO	CE COD.)	VICIO MÉDICO S			Acc		CÓDIGO
5.DIAGNÓS	DE PROCEDIMIENTO	CE COD.)	VICIO MÉDICO S			Acc		CÓDIGO
5.DETALLE Fecha	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	CE COD.)  D QUIRURGICO SERV	vicio médico s Describa el l	procedimiento quirúrgico	o servicio médico	Acc	Código	CÓDIGO
5.DETALLE Fecha	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	CE COD.)  D QUIRURGICO SERV	vicio médico s Describa el l	procedimiento quirúrgico	o servicio médico	Acc		CÓDIGO
ódigo de lu	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	CE COD.)  O QUIRURGICO SERV	VICIO MÉDICO S Describa el I		o servicio médico	Acc	Código	CÓDIGO
5.DETALLE Fecha ódigo de lu	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	CE COD.)  O QUIRURGICO SERV	VICIO MÉDICO S Describa el I	procedimiento quirúrgico	o servicio médico	Acc	Código	CÓDIGO
5.DETALLE Fecha ódigo de lu	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	CE COD.)  O QUIRURGICO SERV	VICIO MÉDICO S Describa el I	procedimiento quirúrgico	o servicio médico	Acc	Código	CÓDIGO
5.DETALLE Fecha  ódigo de lu	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar (Cod.)*  gar de servicio: (PH os exámenes de labo	D QUIRURGICO SERV	vicio médico s Describa el l Describa el l Describa el l Describa el l Zado (PA)Pacien ue Ud. ordenó:	procedimiento quirúrgico	o servicio médico	Acc	Código	CÓDIGO
ódigo de lu	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  gar de servicio: (PH as exámenes de labo	D QUIRURGICO SERV	VICIO MÉDICO S Describa el I	procedimiento quirúrgico	o servicio médico		Código	CÓDIGO
ódigo de lu Indique la	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Jugar de servicio: (PH as exámenes de labo	D QUIRURGICO SERV  D Paciente hospitali:  Dratorio o Rayos X q	vicio médico s Describa el l zado (PA)Pacien ue Ud. ordenó:	procedimiento quirúrgico nte Ambulatorio (OL) Otro	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias	19.Nombre de	Código  Total  I médico que lo r	CÓDIGO
ódigo de lu Indique la ¿Cuándo	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar (Cod.)*  Jugar de servicio: (PH as exámenes de labo atendió al paciente partendió al paciente	D QUIRURGICO SERV  D Paciente hospitali:  Dratorio o Rayos X q	vicio médico s Describa el l zado (PA)Pacien ue Ud. ordenó:	procedimiento quirúrgico	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias	19.Nombre de	Código  Total  I médico que lo r	CÓDIGO
ódigo de lu Indique la  ¿Cuándo	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Jugar de servicio: (PH as exámenes de labo	D QUIRURGICO SERV  D Paciente hospitali:  Dratorio o Rayos X q	zado (PA)Pacien ue Ud. ordenó: Diagnóstico	procedimiento quirúrgico nte Ambulatorio (OL) Otro	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias	19.Nombre de	Código  Total  I médico que lo r	CÓDIGO
ódigo de lu . Indique lo . ¿Cuándo a Me tifico que	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar (Cod.)*  Lugar de servicio: (PH DS exámenes de laboratendió al paciente por laboratendió al paciente annédico tratante	D QUIRURGICO SERV  D Paciente hospitali:  Dratorio o Rayos X q	zado (PA)Pacien ue Ud. ordenó: Diagnóstico e las declaracion	procedimiento quirúrgico  te Ambulatorio (OL) Otro  es que he hecho correspo	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias	19.Nombre de	Código  Total  I médico que lo r	CÓDIGO
ódigo de lu Indique la ¿Cuándo	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar (Cod.)*  Lugar de servicio: (PH DS exámenes de laboratendió al paciente por laboratendió al paciente annédico tratante	D QUIRURGICO SERV  D Paciente hospitali:  Dratorio o Rayos X q	zado (PA)Pacien ue Ud. ordenó: Diagnóstico	procedimiento quirúrgico  te Ambulatorio (OL) Otro  es que he hecho correspo	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias	19.Nombre de	Código  Total  I médico que lo r	CÓDIGO
ódigo de lu Indique lo  ¿Cuándo — Me tifico que mbre del n	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar (Cod.)*  Jugar de servicio: (PH  DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Jugar de servicio: (PH  Jugar (Cod.)*  Jugar (Cod.)*  Jugar (Co	D QUIRURGICO SERV D QUIRURGICO SERV D) Paciente hospitali: Dratorio o Rayos X q por primera vez? Prriba indicado y que	zado (PA)Pacien ue Ud. ordenó: Diagnóstico e las declaracion Firma del i	procedimiento quirúrgico  te Ambulatorio (OL) Otro  es que he hecho correspo	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias  onden a los servicios o  Fecha	19.Nombre de jue he prestado	Total  I médico que lo r	CÓDIGO  Cargo  Cargo  efirió



2.Fecha de				3.Nombre del asegurad	o ( dueno de poliza)	Fecha de póliza)	Nac. (dueño de	4.Cédula
5.Telefond	/Celular:	6.Nombre del	paciente:	1	9.Fecha	de Nac. Del pacie	nte:	0.5
6526	5-3253	7.No. de emple	ado	8. Oficial admin.		MesAño_		0.Sexo:
11. Favor o Está prese	detalle el total de gas	stos que Ud.	12.En caso o	de accidente, explique	13.Si pos	ee Ud. otro segur	O due pudiors o	
race brese	ntando		Donda		gastos, ir	idique:		
Consulta	\$		Douge		Tipo de s	eguro Hospit	alización 🔲 A	uto Acc. Per
Medicame	ntos \$		Cuándo		Nombre	de Cía. Asegurado	ora	
aboratori			Y cómo suce	dió				
Rayos X		NV.						
	\$ -		Yo certifico	que las declaraciones son de mis gastos de acuerdo	completas y exactas y	entiendo que se	usarán para a	vudar a determ
Tirugía	\$ .	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		de mis gastos de acuerdo necesaria para el procesam			no autorizo la l	iberación de cua
xámenes I	Especiales \$	Charles on the second	Firma ()	tota	are recommo	Fecha		
tros	\$ .		/	AUTORIZACIÓN F	PARA REEMBOLSO DIR	FCTO A MÉDICO	V /O HOCDITAL	
OTAL	\$_			que el pago de mis bene stados.	ficios sea efectuado o	lirectamente al r	nédico tratante	⊇ y/u hospital p
			Firma Va	Bonts		Fecha		
i.Fecha er	que tuvo el primer	sintoma: Día M	esAño		Enfermedad	Accide	ento E	75
					Lincinedad	I ALLIUE	THE I	I Emparazo (El)
5.DIAGNÓ	STICO (FAVOR UTILIC				emerinedad	Accide	L L	Embarazo (FUI
5.DIAGNÓ	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*			SUMINSITRADO		Accide		CÓDIGO
5.DIAGNÓ	DE PROCEDIMIENTO					Accide	Código	
5.DIAGNÓ	DE PROCEDIMIENTO			SUMINSITRADO		Accide		CÓDIGO
5.DIAGNÓ	DE PROCEDIMIENTO			SUMINSITRADO		Accide		CÓDIGO
5.DIAGNÓ	DE PROCEDIMIENTO			SUMINSITRADO		Accide		CÓDIGO
5.DIAGNÓ	DE PROCEDIMIENTO			SUMINSITRADO		Accide		CÓDIGO
5.DETALLE Fecha	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	O QUIRURGICO SER	Describa el	SUMINSITRADO I procedimiento quirúrgico	o servicio médico	L	Código	CÓDIGO
5.DETALLE Fecha	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	QUIRURGICO SER	Describa el	SUMINSITRADO  I procedimiento quirúrgico  nte Ambulatorio (OL) Otro	o servicio médico	Accide		CÓDIGO
5.DETALLE Fecha	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	QUIRURGICO SER	Describa el	SUMINSITRADO  I procedimiento quirúrgico  nte Ambulatorio (OL) Otro	o servicio médico	Accide	Código	CÓDIGO
5.DETALLE Fecha	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*	QUIRURGICO SER	Describa el	SUMINSITRADO  I procedimiento quirúrgico  nte Ambulatorio (OL) Otro	o servicio médico	Accide	Código	CÓDIGO
5.DETALLE Fecha  ódigo de la Indique la	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  ugar de servicio: (PH) os exámenes de labo	) QUIRURGICO SER ) Paciente hospitali ratorio o Rayos X q	Describa el	SUMINSITRADO I procedimiento quirúrgico nte Ambulatorio (OL) Otro	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias		Código	CÓDIGO
ódigo de la Indique la  ¿Cuándo :	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar (Cod.)*  ugar de servicio: (PH) os exámenes de labo  atendió al paciente p	) QUIRURGICO SER ) Paciente hospitali ratorio o Rayos X q	zado (PA)Pacie ue Ud. ordenó:	SUMINSITRADO I procedimiento quirúrgico nte Ambulatorio (OL) Otro	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias	19.Nombre del m	Código	CÓDIGO
ódigo de la Indique la Luándo :	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar (Cod.)*  ugar de servicio: (PH) os exámenes de labo  atendió al paciente p	) QUIRURGICO SER ) Paciente hospitali ratorio o Rayos X q	zado (PA)Pacie ue Ud. ordenó: Diagnóstico	SUMINSITRADO I procedimiento quirúrgico nte Ambulatorio (OL) Otro	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias	19.Nombre del m	Código	CÓDIGO
ódigo de la Indique la Luándo :	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar (Cod.)*  ugar de servicio: (PH) os exámenes de labo  atendió al paciente p sAño atendí al paciente ar médico tratante	) QUIRURGICO SER ) Paciente hospitali ratorio o Rayos X q	Describa el zado (PA)Pacie ue Ud. ordenó: Diagnóstico las declaracion Firma del	SUMINSITRADO Il procedimiento quirúrgico Il procedimiento quirúrgico Inte Ambulatorio (OL) Otro Inte a	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias	19.Nombre del m	Código	CÓDIGO
ódigo de la	DE PROCEDIMIENTO Lugar (Cod.)*  Lugar de servicio: (PH)  Lugar de servicio: (PH)	) QUIRURGICO SER ) Paciente hospitali ratorio o Rayos X q por primera vez? riba indicado y que	zado (PA)Pacie ue Ud. ordenó: Diagnóstico las declaracion Firma del	SUMINSITRADO Il procedimiento quirúrgico Il procedimiento quirúrgico Inte Ambulatorio (OL) Otro Inte a	o servicio médico  Lugar (U) Urgencias  nden a los servicios qu	19.Nombre del m e he prestado.	Código  Total  édico que lo ref	CÓDIGO



1. No. De p	óliza CERT.	Estamento		3.Nombre del asegurado (	dueño de póliza)	Fecha de N	ac. (dueño de	4.Cédula
2.Fecha de					S. T. S.	póliza)	uc. (udeno de	4.Cedula
5.Telefono/	/Celular:	6.Nombre del p	aciente:	**	9.Fecha de	Nac. Del pacient	e: 110	O.Sexo:
6526	-3253	7.No. de emple	ado	8. Oficial admin.		esAño		Јм <b>П</b> ғ
11. Favor de Está presen	etalle el total de gas	tos que Ud.	12.En caso (	de accidente, explique	13.Si posee	Ud. otro seguro	que pudiera c	ubrir parte de los
Consulta	\$					uro Hospital	ización 🔲 A	uto Acc. Persona
Medicamen	ntos \$ _	10	l .			Cía. Aseguradora	3	
Laboratorio	s \$ .		Y como suce	edió	_			
Rayos X	\$_		Yo certifico	que las declaraciones son co	mpletas y exactas y e	entiendo que se	usarán para a	yudar a determinar
Cirugía	_		cicgionidad	de mis gastos de acuerdo a necesaria para el procesamie	las provisiones de la i	póliza. Así mismo	autorizo la l	iberación de cualqui
Exámenes Es	speciales \$ _		Va	Souls		Fecha		
Otros	\$ <sub>-</sub> \$ _	-	aci Aicioa his	que el pago de mis benefic	RA REEMBOLSO DIREC ios sea efectuado dir	CTO A MÉDICO Y rectamente al m	<b>/O HOSPITAL</b> édico tratante	e y/u hospital por lo
			Firma / ii	The	State and the state of	Fecha		
14.Fecha en	que tuvo el primer s	síntoma: Día - NA						
	TICO (FAVOR UTILIO		esAno		Enfermedad	Acciden	te	Embarazo (FUM)
				- v				CÓDIGO
Fecha	DE PROCEDIMIENTO	QUIRURGICO SER\						
геспа	Lugar (Cod.)*		Describa e	el procedimiento quirúrgico o	servicio médico		Código	Cargo
		-						
				-		*		
10(T)							Total	
Codigo de lu	Igar de servicio: (PH	) Paciente hospitali:	zado (PA)Pacie	ente Ambulatorio (OL) Otro Lu	ıgar (U) Urgencias		1.000.	
.7. mulque lo	s exámenes de labo	ratorio o Rayos X q	ue Ud. ordenć	ó:				
lía Mes			Diagnóstic		The state of the s	9.Nombre del mé	dico que lo re	firió
ertifico que a	atendí al paciente ar	riba indicado y que	las declaracio	ones que he hecho correspond	len a los servicios que	he prestado.		
	nédico tratante			el médico tratante	Fecha			
ombre o razó	ón social	100	Ced. o f	Ruc		el. Clínica		
				ativo a MAPFRE   PANAMA, S				



# SISTEMA ÚNICO DE REFERENCIA Y CONTRA - REFERENCIA (SURCO) Referencia

s al que se Refiere	Institución que Responde
alización	am nm.
	D M A Hora Min
Apellido	RESPUESTA A LA REFERENCIA MELLE
	HALLAZGOS CLÍNICOS (1) MACINA CONTRACTOR CON
	Way and
	2 KNO. L
	DIAGNÓSTICO (S) E 4 1200 CC P V LENDIGOS
	a de a Marina
Jrgente	What I've Tor HIVE Was
	MANEJO Y TRATAMIENTO.
	(8) Med a begineto no fece 51 3,
Kg) Talla (m)	(g) on MC co. A & F. L. Co.
	(3) The same of th
Trans	S &
i. Otros	The second of th
	] •
	John June 1 20
	man Come of the
	By May made in proposition was a series of the series of t
lizado	1
Enfermera	8 ann Harris day
1	
spitalización)	Oello

Hr-CM- Referencia
Instalación que refiere Instalación Receptora Servicios Médicos al que se Refiere Fecha / Hora
3. Hospitalización
ificación del
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido
Dias; Sexo: F
Bondoego.
Distrito / Corregimiento Comunidad Nº de casa Localidad / Zona Sanitaria
Motivo de Referencia
1. Servicio No Ofertado 2. Ausencia del Profesional 3. Falla de equipos
4. Falta de Insumos 5. Cese de Actividades 6. Otro; Cual:
Clasificación de la atención solicitada 1. Electiva 2. Electiva Prioritaria 3. Hospitalización 4. Urgente
Anamnesis: Coldo & Mer Mit y frome L
Examen Fisico: Hora PA F.C. F.R. F.C.F. T° Peso (Kg) Talla (m)
me taline defonded gibe file
Party Comment of Examenes, Diagnostico
Amilasa B.UBFX Iransam Cultivo   K.A.
de La More
:80
Datos del Profesional
Nombre de quien refiere do Concepción
Firma: Artopedia y Iraumatologica Otros Enfermera Sollo Registro 3638
Nombre del Receptor (Sólo en caso de Urgencias y Hospitalización)