

**FORMULARIO DE PRE- AUTORIZACIÓN
E HISTORIA CLÍNICA
PÓLIZA MINISTERIO DE SEGURIDAD**

Email: preautorizaciones@mapfre.com.pa

E mail _____
E mail _____
E mail _____

Paciente: Victor E. Santos Pérez Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 11 Año 1992 Sexo: M ☒ F ☐

Contratante: MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA Póliza No.: 40300000000303 Teléfonos/ Celular: _____

Cédula: 9-738-2466 Fecha de inicio de trabajo en el MINSEG: 4030000000 No. De Empleado: 24992

Estamento: Policía Nacional Oficial Administrativo: 1 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 trasciendan 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 extranjero, que tenga datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y para clínico, dictamen, diagnóstico, pre diagnóstico, procedimiento, u hospitalización relaciones con mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia auténtica de mi Cuadrícula 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 fotocopia de autorización será tan válida como su original.

Firma del Paciente [Firma]
Firma del Asegurado si el paciente es menor de edad [Firma]

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

DIAGNÓSTICO Y/O PROCEDIMIENTO NO CODIFICADO, LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA

1. Diagnóstico Principal y ICD Fractura del 1/3 distal de la tibia dcha.

FECHA (S)	DIAGNÓSTICOS	TRATAMIENTOS
<u>5/6/23</u>	<u>Fractura del 1/3 distal tibia dcha.</u>	<u>RA + F.I con placas y tornillos.</u>

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 Abierta + Fijación Interna e placas y tornillos.

CPT 27257 Honorarios Solicitados \$ _____ CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____

CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____ CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____

CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____ CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____

CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____ CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____

CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____ CPT _____ Honorarios Solicitados \$ _____

Tipo de Anestesia General Local Raquidea Médico Anestesiólogo: Dr. Amarildo Miranda

8. Fecha programada para la cirugía 6/6/23 Tiempo estimado 3 (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.

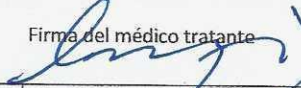
Ambulatoria ☐ Hospitalización ☒

Dr. Ricardo Concepción 5/6/23 Nombre y especialidad del médico (letra imprenta)

Ortopedia y Traumatología Registro 3654

Cod: C-450

México Norte, Amortiza ya.

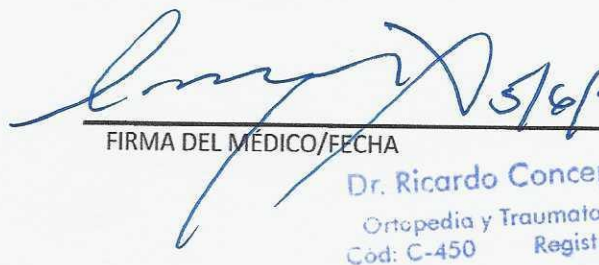
*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (OL) Otro Lugar (U) Urgencias		Total	15.00
17. Indique los exámenes de laboratorio o Rayos X que Ud. ordenó: AP y la pierna Dha.			
18. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? Día 5 Mes 6 Año 23	Diagnóstico: Fractura tibia. Dha	19. Nombre del médico que lo refirió	
Certifico que atendí al paciente arriba indicado y que las declaraciones que he hecho corresponden a los servicios que he prestado.			
Nombre del médico tratante Ricardo Concepción	Firma del médico tratante 	Dr. Ricardo Concepción Ortopedia y Traumatología Cod: C-450 Registro 3638	
Nombre o razón social Ricardo Concepción	Ced. o Ruc 8-225-118	Tel. Clínica 950-0047	
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			

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 Santor			
NOMBRE DEL MÉDICO	Ricardo Concepción			
PACIENTE HOSPITALIZADO O	PACIENTE AMBULATORIO			
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO A REALIZAR	RATFE e placa y tornillos			
MATERIALES Y EQUIPOS A UTILIZAR EN EL PROCEDIMIENTO (DELLADO)	1. HORA	2 HORAS	3 HORAS	
HORAS EN SALON DE OPERACIONES	3			
DÍAS EN SALALA	3			
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

cal y esponja

 5/6/23.
FIRMA DEL MÉDICO/FECHA
Dr. Ricardo Concepción
Ortopedia y Traumatología
Cód: C-450 Registro 3638

Ricardo Concepción Ortop. y Trauma.
NOMBRE Y ESPECIALIDAD EN IMPRENTA

14. Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día ____ Mes ____ Año ____		<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Embarazo (FUM)
15. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE COD.)			CÓDIGO	
16. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SERVICIO MÉDICO SUMINSITADO				
Fecha	Lugar (Cod.)*	Describa el procedimiento quirúrgico o servicio médico	Código	Cargo
Total				
*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (OL) Otro Lugar (U) Urgencias				
17. Indique los exámenes de laboratorio o Rayos X que Ud. ordenó:				
18. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? Día ____ Mes ____ Año ____		Diagnóstico:		19. Nombre del médico que lo refirió
Certifico que atendí al paciente arriba indicado y que las declaraciones que he hecho corresponden a los servicios que he prestado.				
Nombre del médico tratante		Firma del médico tratante		Fecha

RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS
MINISTERIO DE SEGURIDAD

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. No. De póliza CERT.		Estamento		3. Nombre del asegurado (dueño de póliza)		Fecha de Nac. (dueño de póliza)		4. Cédula	
2. Fecha de ingreso		6. Nombre del paciente:		9. Fecha de Nac. Del paciente:		10. Sexo:			
5. Telefono/Celular: 6526-3253		7. No. de empleado		8. Oficial admin.		Día ____ Mes ____ Año ____		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
11. Favor detalle el total de gastos que Ud. Está presentando		12. En caso de accidente, explique		13. Si posee Ud. otro seguro que pudiera cubrir parte de los gastos, indique: Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Acc. Personal					
Consulta \$ _____		Donde _____		Nombre de Cía. Aseguradora					
Medicamentos \$ _____		Cuándo _____							
Laboratorios \$ _____		Y cómo sucedió _____		Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Así mismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.					
Rayos X \$ _____				Firma <i>[Firma]</i>		Fecha			
Cirugía \$ _____				AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y /O HOSPITAL Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/u hospital por los servicios prestados.					
Exámenes Especiales \$ _____									
Otros \$ _____									
TOTAL \$ _____									

14. Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día ____ Mes ____ Año ____					<input type="checkbox"/> Enfermedad		<input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Embarazo (FUM)	
15. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE COD.)								CÓDIGO		
16. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SERVICIO MÉDICO SUMINSISTRADO										
Fecha	Lugar (Cod.)*	Describa el procedimiento quirúrgico o servicio médico					Código	Cargo		
							Total			
*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (OL) Otro Lugar (U) Urgencias										
17. Indique los exámenes de laboratorio o Rayos X que Ud. ordenó:										
18. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez?			Diagnóstico:				19. Nombre del médico que lo refirió			
Día ____ Mes ____ Año ____										
Certifico que atendí al paciente arriba indicado y que las declaraciones que he hecho corresponden a los servicios que he prestado.										
Nombre del médico tratante			Firma del médico tratante				Fecha			
Nombre o razón social			Ced. o Ruc				Tel. Clínica			
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										

RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS
MINISTERIO DE SEGURIDAD

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. No. De póliza CERT. 4030000000303		Estamento		3. Nombre del asegurado (dueño de póliza)		Fecha de Nac. (dueño de póliza)		4. Cédula	
2. Fecha de ingreso		5. Telefono/Celular: 6526-3253		6. Nombre del paciente:		7. No. de empleado		8. Oficial admin.	
9. Fecha de Nac. Del paciente: Día ____ Mes ____ Año ____		10. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		11. Favor detalle el total de gastos que Ud. Está presentando		12. En caso de accidente, explique		13. Si posee Ud. otro seguro que pudiera cubrir parte de los gastos, indique: Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Acc. Personal	
Consulta \$ ____		Medicamentos \$ ____		Laboratorios \$ ____		Rayos X \$ ____		Cirugía \$ ____	
Exámenes Especiales \$ ____		Otros \$ ____		TOTAL \$ ____		Donde ____ Cuándo ____ Y cómo sucedió ____		Nombre de Cía. Aseguradora	
						Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Así mismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.		Firma <i>V. Santos</i> Fecha	
						Firma <i>V. Santos</i>		AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y /O HOSPITAL Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/u hospital por los servicios prestados. Firma <i>V. Santos</i> Fecha	

14. Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día ____ Mes ____ Año ____		<input type="checkbox"/> Enfermedad		<input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Embarazo (FUM)	
15. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE COD.)						CÓDIGO	
16. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SERVICIO MÉDICO SUMINSISTRADO							
Fecha	Lugar (Cod.)*	Describa el procedimiento quirúrgico o servicio médico				Código	Cargo
*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (OL) Otro Lugar (U) Urgencias						Total	
17. Indique los exámenes de laboratorio o Rayos X que Ud. ordenó:							
18. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? Día ____ Mes ____ Año ____		Diagnóstico:		19. Nombre del médico que lo refirió			
Certifico que atendí al paciente arriba indicado y que las declaraciones que he hecho corresponden a los servicios que he prestado.							
Nombre del médico tratante		Firma del médico tratante		Fecha			
Nombre o razón social		Ced. o Ruc		Tel. Clínica			
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							

RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS

MINISTERIO DE SEGURIDAD

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. No. De póliza CERT. Estamento		3. Nombre del asegurado (dueño de póliza)		Fecha de Nac. (dueño de póliza)		4. Cédula	
2. Fecha de ingreso		6. Nombre del paciente:		9. Fecha de Nac. Del paciente:		10. Sexo:	
5. Telefono/Celular: 6526-3253		7. No. de empleado		8. Oficial admin.		Día ____ Mes ____ Año ____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
11. Favor detalle el total de gastos que Ud. Está presentando		12. En caso de accidente, explique Donde _____ Cuándo _____ Y cómo sucedió _____		13. Si posee Ud. otro seguro que pudiera cubrir parte de los gastos, indique: Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Acc. Personal			
				Nombre de Cía. Aseguradora			
				Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Así mismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.			
		Firma <i>[Firma]</i>		Fecha		AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y /O HOSPITAL Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/u hospital por los servicios prestados. Firma <i>[Firma]</i> Fecha	
Consulta \$ _____ Medicamentos \$ _____ Laboratorios \$ _____ Rayos X \$ _____ Cirugía \$ _____ Exámenes Especiales \$ _____ Otros \$ _____ TOTAL \$ _____							

14. Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día ____ Mes ____ Año ____				<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Embarazo (FUM)
---	--	--	--	-------------------------------------	------------------------------------	---

15. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE COD.)		CÓDIGO
--------------------------------------	--	--------

16. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SERVICIO MÉDICO SUMINSISTRADO				
Fecha	Lugar (Cod.)*	Describe el procedimiento quirúrgico o servicio médico	Código	Cargo
Total				

*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (OL) Otro Lugar (U) Urgencias

17. Indique los exámenes de laboratorio o Rayos X que Ud. ordenó:		
18. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? Día ____ Mes ____ Año ____	Diagnóstico:	19. Nombre del médico que lo refirió

Certifico que atendí al paciente arriba indicado y que las declaraciones que he hecho corresponden a los servicios que he prestado.

Nombre del médico tratante	Firma del médico tratante	Fecha
----------------------------	---------------------------	-------

Nombre o razón social	Ced. o Ruc	Tel. Clínica
-----------------------	------------	--------------

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



salud
Ministerio de Salud

SISTEMA ÚNICO DE REFERENCIA Y CONTRA - REFERENCIA (SURCO)

Referencia

Instalación que refiere
Fecha / Hora: 05/06/23 a.m. p.m. Instalación Receptora
Servicio Emisor: 1. Consulta Externa 2. Urgencias 3. Hospitalización

Identificación del Paciente
Primer Nombre: Víctor Segundo Nombre: Antonio Segundo Apellido: Pérez
Cédula: 9-778-240183 Edad: Años: 30 Meses: Días: Sexo: F
Dirección: Antioquia Localidad / Zona Sanitaria

Nº de casa: Motivo de Referencia

1. Servicio No Ofertado 2. Ausencia del Profesional 3. Falta 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

Historia del Paciente / Examen Físico
Anamnesis: Cuido de ser más y fuerte a
primera de

Examen Físico: Hora PA F.C. F.C.F. Tº Peso (Kg) Talla (m)

Resultados de Exámenes / Diagnóstico
BHC Urin. Heces Glic. N. de U. Efect. Amilasa B/BFX Transam Cultivo R.X. Ultrasonido E.K.G. Otros

Diagnóstico (s): Rx - neurol. Rx de la tibia
Rx - neurol. Rx de la tibia

Tratamiento / Complicaciones:
Datos del Profesional: Médico General Médico Especializado Odontólogo

Nombre de quien refiere: Ricardo Concepción
Firma: C.I. 450
Sello: Registro 3638

Nombre del Receptor: (Solo en caso de Urgencias y Hospitalización)



SISTEMA ÚNICO DE REFERENCIA Y CONTRA - REFERENCIA (SURCO)

Respuesta a la Referencia

Instalación que Responde
Fecha / Hora: a.m. p.m. Instalación Receptora

RESPUESTA A LA REFERENCIA
Hallazgos Clínicos: 1. Asintomático a 10 días de la referencia
2. Asintomático a 10 días de la referencia
3. Asintomático a 10 días de la referencia

DIAGNÓSTICO (S): 1. 4 días de p. de la referencia
2. 4 días de p. de la referencia
3. 4 días de p. de la referencia

MANEJO Y TRATAMIENTO: 1. 4 días de p. de la referencia
2. 4 días de p. de la referencia
3. 4 días de p. de la referencia

Recomendaciones / Plan Terapéutico: 1. 4 días de p. de la referencia
2. 4 días de p. de la referencia
3. 4 días de p. de la referencia

Reevaluación especializada No SI Fecha

Nombre del Profesional que responde: 1. 4 días de p. de la referencia
2. 4 días de p. de la referencia
3. 4 días de p. de la referencia

Firma: 1. 4 días de p. de la referencia
2. 4 días de p. de la referencia
3. 4 días de p. de la referencia

Sello: 1. 4 días de p. de la referencia
2. 4 días de p. de la referencia
3. 4 días de p. de la referencia