

RECLAMACIÓN POR CONSULTA EXTERNA Y/O TRATAMIENTO AMBULATORIO

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO		
Nombre de la Póliza:	Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:
Nombre completo del Paciente:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
		Fecha de nacimiento: dd/mm/aa
El paciente es: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Indole de la dolencia : <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad	Fecha inicio dolencia: dd/mm/aa
<p>AUTORIZACIÓN: Por este medio autorizo a todos los médicos, clínicas, hospitales o a cualquiera de los miembros del cuerpo profesional para que informe, revele o permita la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro de dicho médico, clínica, hospital o miembro de su cuerpo profesional a PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA. (Incluyendo copia exacta de sus archivos).</p>		
Medicos que le han tratado por esta dolencia:		Fecha: dd/mm/aa
Nombre	Dirección	Teléfono
		Firma del Asegurado:

SECCIÓN II - A LLENAR POR EL PATRONO*		Fecha: dd/mm/aa	Sello y Firma del Patrono:
Datos del Patrono:			
Nombre completo del empleado asegurado:			

(*Si utiliza Red de Proveedores, no llene esta sección, ésta se completa únicamente en reclamos convencionales).

SECCIÓN III - A LLENAR POR EL MÉDICO ASISTENTE:	
1. Motivo de la consulta:	¿Es la dolencia congénita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Diagnóstico(s)	
3. Tiempo de evolución de los síntomas	
4. Indique: nombre de hospital o consultorio, número de visitas al paciente por esta dolencia en cada lugar y monto por cada visita:	
En el hospital	Total Visitas _____ Importe por visita Q. _____
En el consultorio	Total Visitas _____ Importe por visita Q. _____
5. Si, en su opinión esta dolencia, por accidente de trabajo o enfermedad, es debida a la ocupación del paciente, explique detalladamente	6. Si la condición es por embarazo indique las semanas de gestación:
7. Si se practicó alguna cirugía, descríbala:	
8. Medicinas recetadas	Nombre del Médico solicitante:
9. Observaciones:	Nº Colegiado: Teléfono: Fecha:
	Firma y Sello:

IMPORTANTE: Al hacer uso de Consulta Externa a través de la Red de Proveedores PALIGMED, el asegurado necesita proceder así:
 1) Presentar al médico afiliado el carné de seguro.- 2) Entregar al médico tratante este formulario únicamente con la **sección I** debidamente completada, ya que la **sección II** se completa en reclamos convencionales.- 3) Pagar al médico tratante solamente el 20% del valor de la consulta de acuerdo a los honorarios pactados.