

N°

N° Reclamo:

INSTRUCCIONES PARA EL USO EN LA RED: - Identificación con foto - Presentar el carné del seguro (opcional) - Pagar el copago correspondiente

A LLENAR POR EL ASEGURADO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |          |                                                                                          |                                                                                                       |                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Compañía (contratante):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |          | N° de Póliza:                                                                            |                                                                                                       | N° de Certificado                    |  |
| Nombre completo del Paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |          |                                                                                          | Sexo:<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                                        | Fecha de Nacimiento:<br><br>dd/mm/aa |  |
| El paciente es:<br><input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |          | Fecha inicio de síntomas:<br>En caso de accidente indicar la fecha del accidente/trauma: |                                                                                                       | dd/mm/aa                             |  |
| Motivo de la consulta:<br><input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |          | Teléfono de contacto<br>(asegurado titular)                                              | Correo electrónico (asegurado titular):                                                               |                                      |  |
| <p>Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento.</p> <p>Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedor de servicios médicos o relacionados, intermediario de seguros y otras compañías de seguro que posean información concerniente al reclamante para que le suministren mi información médica completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. Autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. para compartir la información médica que reposa en el presente formulario y documentos anexos y relacionados con cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de la póliza en lo que sea asegurado.</p> <p>Igualmente, como titular de los datos suministrados consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de Pan-American Life Insurance de Costa Rica de conformidad con la Política de Privacidad, disponible en el sitio web <a href="https://www.palig.com/es/privacy-policy">https://www.palig.com/es/privacy-policy</a> en el marco de la relación contractual como asegurado o tomador.</p> |  |          |                                                                                          |                                                                                                       |                                      |  |
| Fecha de servicio (atención):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | dd/mm/aa |                                                                                          | Firma del paciente mayor de edad o responsable:<br><br>(igual que en el documento de identificación): |                                      |  |

A LLENAR POR EL MEDICO

|                                                                                                                              |  |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motivo de la Consulta (síntomas y/o mecanismo de trauma):                                                                    |  | ¿Es la condición congénita?<br><br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Diagnóstico(s) / Código ICD:                                                                                                 |  | Fecha de primeros síntomas/FUR<br><br>dd/mm/aa                                             |
| Si se practicó alguna cirugía, tratamiento o procedimiento previamente, descríbalos:                                         |  |                                                                                            |
| Estudios de diagnóstico (laboratorios, radiología, otros). Deben estar directamente relacionados al diagnostico de consulta. |  |                                                                                            |
| Tratamiento o medicamentos recetados:                                                                                        |  |                                                                                            |

TERAPIA FÍSICA: La terapia física debe ser prescrita por un médico colegiado. Primer ciclo de sesiones no requiere preautorización.

DETALLE DE SESIONES RECIBIDAS

Número de autorización:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                     |                        |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------------|------------------|
| Fecha:<br>SESIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fecha:<br>SESIÓN | Fecha:<br>SESIÓN | Fecha:<br>SESIÓN | Fecha:<br>SESIÓN | Fecha:<br>SESIÓN | Fecha:<br>SESIÓN  | Fecha:<br>SESIÓN    | Fecha:<br>SESIÓN       | Fecha:<br>SESIÓN |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2                | 3                | 4                | 5                | 6                | 7                 | 8                   | 9                      | 10               |
| FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA            | FIRMA            | FIRMA            | FIRMA            | FIRMA            | FIRMA             | FIRMA               | FIRMA                  | FIRMA            |
| Nombre completo del médico o profesional:                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                  |                  |                  |                  | Especialidad:     |                     |                        |                  |
| Lugar de Atención:<br><input type="checkbox"/> Consultorio Médico <input type="checkbox"/> Sala de Urgencias <input type="checkbox"/> Centro Ambulatorio<br><input type="checkbox"/> Laboratorio/Rayos X <input type="checkbox"/> Hogar del Paciente <input type="checkbox"/> Otro (detalle) |                  |                  |                  |                  |                  | Firma del Médico: |                     |                        |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                  |                  |                  |                  | Código:           | Número de teléfono: | Fecha:<br><br>dd/mm/aa |                  |
| Observaciones / Comentarios del especialista:                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                     |                        |                  |