

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
Dueño de Póliza: _____ Póliza No.: _____ Teléfonos: _____
Cédula: _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley N°68 de 20 de noviembre de 2003 y de más normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trascienda aún después de mi fallecimiento, mi libre intensión en autorizar a todo médico, hospital, 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 servicio de salud o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país extranjero, que tengan datos o información sobre mi o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, prediagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionados a 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 entregar a MAPFRE PANAMA, S.A. o su representante autorizado dicha 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 PANAMA, S.A. también podrá solicitar una segunda opinión cuando el caso así lo amerite. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original.

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 _____

2. Historia Clínica del paciente (indique que fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual).

FECHA (S)	DIAGNÓSTICOS	TRATAMIENTOS
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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: _____
- | | | | |
|-----------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|
| CPT _____ | Honorarios Solicitados \$ _____ | CPT _____ | Honorarios Solicitados \$ _____ |
| CPT _____ | Honorarios Solicitados \$ _____ | CPT _____ | Honorarios Solicitados \$ _____ |
| CPT _____ | Honorarios Solicitados \$ _____ | CPT _____ | Honorarios Solicitados \$ _____ |

Tipo de Anestesia General Local Raquídea Médico Anestesiólogo: _____

8. Fecha programada para la cirugía _____ y hospitalización _____ Tiempo estimado _____(días) para la hospitalización

El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios o de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en www.mapfre.com.pa, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en www.mapfre.com.pa y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 de marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional."

Firma y sello del médico

Fecha

Nombre y especialidad en letra imprenta