

E mail \_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

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

Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de trabajo en el MINSEG: \_\_\_\_\_ No. De Empleado: \_\_\_\_\_

Estamento: \_\_\_\_\_ Oficial Administrativo: \_\_\_\_\_

**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 relacionadas 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 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 diferencias atenciones médicas, incluyendo la actual)**

**FECHA (S)**

**DIAGNÓSTICOS**

**TRATAMIENTOS**

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 \_\_\_\_\_ Tiempo 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.

Ambulatoria Hospitalización **HOSPITAL ELEGIDO**

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico Fecha Nombre y especialidad del médico (letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado