PAN AMERICAN LIFE HONDURAS

FORMULARIO PARA PRE-CERTIFICACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

INSTRUCCIONES

1. Asegúrese de que su Médico llene completamente la Sección “Información del Médico Tratante”. Sección I
2. Complete la Sección “Información del Paciente”. Sección II
3. Envíe este formulario a Palic, por lo menos con siete días de anticipación a su tratamiento.
4. Palic le notificará.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente _____ Sexo F ☐ M ☐ Edad

Diagnóstico principal _____

Diagnóstico Secundarios _____

_____

Fecha de inicio de la enfermedad: Día _____ Mes _____ Año _____

Resumen de la Historia Clínica _____

_____

_____

Procedimiento a realizarse _____

Indica usted: Hospitalización ☐ Cirugía ☐ Fecha Programada de la Cirugía (si aplica) Día _____ Mes _____ Año _____

Razón de la admisión o del procedimiento _____

_____

_____

Hospital donde desea admisión _____ Fecha Programada de la admisión Día _____ Mes _____ Año _____

IMPORTANTE: Tiempo de duración de la estadía hospitalaria (en letras) _____ Día (sujeto a evaluación). De ser necesario días adicionales de hospitalización sírvase comunicarlo a Palic con 24 horas de anticipación para obtener aprobación, de lo contrario no se pagarán los gastos médicos y hospitalarios por los días adicionales no autorizados.

Resultados de laboratorio y Rayos X (adjuntar informes) _____

_____

_____

Honorarios por el procedimiento (Incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) Lps. _____

Indique Código según Tabla de Honorarios REDHSA _____

¿Puede ser Realizada Ambulatoriamente? Si ☐ No ☐ ¿Requiere Anestesiólogo? Si ☐ No ☐

¿Requiere Ayudante? Si ☐ No ☐ ¿Requiere un Médico adicional? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo justifique _____

_____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Especialidad _____

Nombre del medico _____ N° . de Teléfonico _____ N° . Celular _____

Firma y Sello _____

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL PACIENTE(para ser completado por el Empleado)

Nombre del Empleado _____ Póliza _____ Certificado _____

Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo F ☐ M ☐

Dirección (Colonia, calle, # casa) _____

_____ Teléfono _____ Celular _____

Parentesco con el asegurado Usted ☐ Conyugue ☐ Hijo ☐ Fecha de Nacimiento Día ____ Mes ____ Año ____

Autoriza al Médico Tratante o al Médico Consultor para suministrar Cualquier información médica para los efectos de consulta o pago de beneficios

_____ Firma del Empleado

_____ Firma del Paciente

Fecha _____ Día _____ Mes _____ Año

PARA USO EXCLUSIVO DE PALIC

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL MEDICO CONSULTOR DE PALIC (Segunda opinión)

Tratamiento Recomendado por el médico tratante Hospitalización ☐ Cirugía ☐ Otros ☐

Confirmado ☐ No se requiere en este momento ☐ Recomiendo Terapia Alterna ☐

IMPORTANTE. Número de días autorizados para esta Hospitalización (en letras) _____ Días

EN CASO DE REQUERIR TERAPIA ALTERNA

Explique ¿Qué tipo de terapia? _____

_____

_____

¿Recomienda usted referirlo a otro médico para evaluación adicional sobre esta condición? Si ☐ No ☐

Si su respuesta es positiva ¿Por qué razón? _____

_____

Médico sugerido _____ Dirección _____

Su diagnóstico final es _____

Observaciones _____

_____

Lugar y fecha _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del médico consultor _____ Especialidad _____

Teléfono _____ Celular _____ Firma y Sello _____

Confirmo que las declaraciones anteriores son exactas a mi real saber y entender