



COMPAÑÍA DE SEGUROS



SSRP  
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS  
Y REASEGUROS DE PANAMÁ

AVE. SAMUEL LEWIS, PLAZA OBARRIO  
APDO. 1299-0832 WTC, PANAMA  
TEL: (507) 223-1511 FAX: (507) 264-1949  
www.sagicorpanama.com

## SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACION DE HOSPITALIZACIONES, PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS Y ESTUDIOS ESPECIALIZADOS

Nombre del Asegurado:		No. de Cédula del Asegurado:	
Fecha:	Dirección y Teléfono:		Póliza No.:
Nombre del Paciente:		Paciente Cédula No.:	Parentesco: Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento del Paciente:	Edad del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
REGISTRO MEDICO			
Historial Clínico Breve / Antecedentes y Fechas:			
Diagnóstico:			
Otras Condiciones Presentes:			
Procedimiento y Código CPT:			
Pruebas Diagnósticas Realizadas, Tratamiento Aplicado: (Favor indicar Código CPT (Adjuntar Copia**)):			
Servicio Anestesia Requerido: SI      NO		Fecha Sugerida para Ingreso: #1	#2
Nombre del Hospital:		Reclusión Estimada (Días):	

NOMBRE EN LETRAS Y FIRMA DEL MEDICO:

REGISTRO MEDICO:

FECHA:

\*\* Es importante que envíe los resultados de los estudios para ser evaluados por nuestros médicos asesores.

**NOTAS AL MEDICO Y/O PROVEEDOR:**

1. Asegúrese de someter este informe directamente a Sagicor Panamá, por lo menos, (5) cinco días de anticipación a la fecha sugerida por usted para cirugías electivas.
2. Para casos de urgencia favor de COMUNICARSE con: Sagicor Panamá. Enviar esta solicitud con 48 horas de haber atendido al paciente al fax 264-1949.
3. Espere la autorización escrita de Sagicor Panamá, antes de referir el paciente al Hospital o de realizar el estudio solicitado.