

Observación: Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen y deberá ser enviado a e-mail autorizacionesmedicas.sv@palig.com para su autorización. El examen debe ser aprobado por un médico autorizado de Pan American Life, S.A., Seguros de personas.

No. de Póliza: _____ No. del Cert: _____ Fecha: _____

Nombre del asegurado: _____ Tel: _____

Nombre del dependiente: (si aplica) _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la primera consulta relacionada con el diagnostico anterior: _____

Nombres de médicos que remiten al paciente: _____

Según su opinión cuando comenzó esta enfermedad: _____

Examen solicitado (Adjunte informe de estudios previos): _____

_____ Costo del examen \$ _____

Razón por la cual solicita el examen: _____

Fecha programada para el examen: _____ Lugar: _____

Ambulatorio

Hospitalario

Firma y sello del médico

Firma del asegurado

PARA USO EXCLUSIVO DE PAN AMERICAN LIFE, S.A., SEGUROS DE PERSONAS

Observaciones: _____

APROBADO

NO APROBADO

Fecha (mes/día/año)

Médico asesor

Exámenes Especiales de Diagnóstico.

- Arteriografías Cerebrales
- Cariotipo en Líquido Amniótico
- Centellogramas
- Colonoscopias
- Eco Stress
- Ecocardiograma
- Electroencefalograma de 24 horas
- Electroencefalogramas
- Electromiografías
- Endoscopías Digestivas
- Estudios con Tallium
- Estudios Perifero vasculares no invasivos
- MAPA(Monitoreo de Presión Ambulatoria)
- Monitoreo Holter
- Muga en Esfuerzo
- Muga en Reposo
- Potenciales Evocados
- Procedimientos Cardiovasculares invasivos
- Prueba de Alergias
- Prueba de Esfuerzos
- Pruebas Nucleares
- Resonancia Magnética Nuclear
- Tomografía Axial Computarizada
- Ultrasonografías