

Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el procedimiento o estudio

Ambulatorio  Hospitalario En caso de ser hospitalario, indique los días requeridos de hospitalización:

### DATOS DEL CLIENTE

Asegurado Edad Cédula/pasaporte Teléfono

Certificado Póliza Contratante

Tiene otro seguro médico? Sí  No  En caso afirmativo, indique la compañía y el No. de póliza:

### HISTORIA CLÍNICA

ICD-9	DESCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO

Ampliación de la historia clínica (causa, evolución, tratamiento):

El paciente fue referido por algún otro médico o ha sido evaluado previamente por la misma condición? Sí  No

En caso afirmativo, favor indicar el nombre y teléfono del mismo:

En caso de ser embarazo, indicar fecha de última menstruación: Fecha probable de parto:

Adjuntar resultados de rayos x, CAT, resonancia magnética, ultrasonido, ECG o cualquier otro examen que se haya realizado.

### DATOS DEL PROVEEDOR

Médico tratante Teléfono Correo electrónico:

### PROCEDIMIENTO

CPT	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS

Ampliación sobre el procedimiento o estudio indicado (adjuntar resultados de las pruebas realizadas):

Lugar donde sugiere su realización Fecha prevista día mes año

Requiere anestesia? Sí  No  Tipo de anestesia General  Local  Sedación

Anestesiólogo (si fuese requerido) Teléfono Correo electrónico:

Patólogo (si fuese requerido) Teléfono Correo electrónico:

Para extensión de los días de hospitalización, favor escribir al correo autorizacionesenlinea@segurosvivir.com.pa

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico      día      mes      año      \_\_\_\_\_  
Firma del asegurado      día      mes      año

### DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

Certifico que la información proporcionada es correcta, así como también que he sido informado (a) detalladamente y de forma entendible por mi médico tratante sobre los procedimientos que se van a realizar y de las posibles consecuencias o riesgos relacionados con los mismos. Reconozco y acepto que Vivir Compañía de Seguros, S. A. es solo un intermediario en la coordinación de estas atenciones, razón por la cual la exonero de cualquier responsabilidad médica y legal que se derive de la realización o por el resultado de las mismas. Autorizo a todo médico, hospital, centro de diagnóstico o institución de la salud que me haya atendido o que haya atendido a mis dependientes para que suministre a Vivir Compañía de Seguros, S. A. todos los informes que esta requiera en relación con mi salud y la de mis dependientes, relevándolos de cualquier responsabilidad penal, civil o administrativa en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o de cualquier prohibición que exista sobre la revelación de los datos en los registros propios o de mis dependientes. Otorgo mi consentimiento expreso e inequívoco para que Vivir Compañía de Seguros, S. A. lleve a cabo el tratamiento de los datos personales propios y de mis dependientes, incluyendo los historiales clínicos y expedientes, así como también para que transfiera dichos datos a proveedores médicos y de asistencia, corredores de seguros, reaseguradores, call centers, abogados externos e investigadores de seguros, siempre y cuando sea estrictamente necesario para la emisión del contrato y la prestación de los servicios. Reconozco y acepto de Vivir Compañía de Seguros, S. A. podrá acceder, usar, compartir, manejar, tratar y custodiar legalmente mis datos, incluyendo pero sin limitarse a, mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, credenciales y/o cualquier otro documento para cumplir con el proceso de debida diligencia y las políticas de conozca a su cliente, prestar los servicios requeridos, realizar gestiones de cobros, desarrollar acciones comerciales por medio de correo electrónico, teléfono fijo o móvil, SMS o cualquier otro medio, generar métricas, estadísticas y reportes, enviar información y cumplir cualquier requerimiento del ente regulador y/o de cualquier otra entidad del Estado, en cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y con su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá.

Importante: Todo procedimiento ambulatorio u hospitalización programada deberá tramitarse con 48 horas de anticipación al correo: autorizacionesenlinea@segurosvivir.com.pa