

## FORMULARIO CONSULTA EXTERNA

### SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre de la empresa para la cual labora: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Póliza \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: del asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, (expediente del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo.

### SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera consulta por esta incapacidad: \_\_\_\_\_

Indique el diagnóstico completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ordeno usted hospitalización: SI ( ) NO ( )

Lo refirió usted con otro médico por especialidad: SI ( ) NO ( )

Si su respuesta fue positiva indique el nombre del médico y su especialidad:

\_\_\_\_\_

Si el paciente continuara en tratamiento, favor indicar tipo y duración del mismo:

\_\_\_\_\_

Nombre, Firma y sello del médico tratante: \_\_\_\_\_

Fecha de consulta: \_\_\_\_\_ Colegiado: \_\_\_\_\_

Nota: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

### CONSULTA EXTERNA NO APLICA PARA CONTROL PRE-NATAL

"Declaro que, en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008 autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública, Decreto 57-2008, autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual de las partes existentes.