

SECCION A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre del asegurado			
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
Nombre del dueño de la Póliza (Patrono):	No. de póliza		No. de Cert
Resulta la dolencia de la ocupación del paciente	SI	NO	Explique
En caso de accidente	¿Cuándo ocurrió?		¿Cómo y dónde ocurrió?
En caso de enfermedad	Fecha de inicio de enfermedad		
Nombre y dirección del primer dentista consultado		Fecha de primera visita	
Indique si tiene otro tipo de cobertura médica y dental. Nombre de aseguradora			
AUTORIZACION: Por este medio autorizo el pago directo a cualquier médico, dentista, laboratorio y Hospital suscrito, y autorizo también a suministrar cualquier información (incluyendo copia exacta en sus Archivos) a Pan American Life, S.A., Seguros de personas, por todos los tratamientos o servicios prestados a mí o a mis dependientes.			
Fecha: mes ___ día ___ año ___ Firma del asegurado _____ Firma del paciente _____ (Si es menor de edad, firma del padre o madre)			

SECCION A LLENAR POR EL DENTISTA

Nombre del paciente:			Fecha de la primera visita:		
Lugar de tratamiento	Consultorio	Hospital	Las radiografías han sido incluidas:	SI (cuantas)	NO
¿El tratamiento es resultado de accidente o enfermedad ocupacional?			SI	NO	Explique
¿El tratamiento es resultado de un accidente?			SI	NO	Explique
¿Los servicios son cubiertos por otro plan?			SI	NO	Explique
¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?			SI	NO	

Favor completar Odontograma

(Marque dientes no existentes)

SUPERIOR																				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28					
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65								
DER																				
48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38
INFERIOR																				

