



# SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE VACUNAS - CONTROL NIÑO SANO

**Importante:** Este formulario debe ser debidamente completado sin tachones o enmiendas y con letra de molde.- Tomar nota que esta solicitud el asegurado debe enviarla a **Pan-American Life de Guatemala**, con 5 días de anticipación a la fecha de la colocación de la vacuna. Aplica para pólizas que tengan la cobertura de Niño Sano.

## SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:

Fax o e-mail para enviar autorización:

Nº. de Póliza:

Nº. Certificado:

Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.

Nombre del Asegurado:

Fecha:

Firma del Asegurado:

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

## SECCIÓN II - A LLENAR POR EL MÉDICO

Número de vacunas solicitadas:

**Instrucciones:** Marcar la vacuna requerida. En caso de que el paciente necesite alguna que no aparece en esta lista, el asegurado deberá pagar dicha vacuna y presentar este formulario acompañado de la factura donde se evaluará y se procederá a realizar el reembolso según las coberturas de su póliza.

### VACUNAS

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis (BGC)                                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis "A"                      |
| <input type="checkbox"/> Hexavalente  | <input type="checkbox"/> Sarampión, Rubéola y Paperas (MMR) |
| <input type="checkbox"/> Neumococo  | <input type="checkbox"/> Varicela                           |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus  | <input type="checkbox"/> Polio y Triple (DPT)               |
| <input type="checkbox"/> Otra: <i>(especificar abajo - ver instrucciones)</i> | <input type="checkbox"/> Refuerzo                           |

Nombre del Médico solicitante:

Nº Colegiado:

Teléfono:

Fecha:

Firma y Sello: