

La Segunda Opinión Médica VIP le brinda acceso a la opinión de expertos médicos de primera clase desde la comodidad de su casa. Los médicos más adecuados a su condición médica evaluarán su caso basados en su historial médico y primer diagnóstico. Por favor complete todos los campos y envíe esta solicitud firmada junto con su historial médico, diagnóstico, pasaporte o cédula de identidad y cualquier otra documentación relevante a su caso a: [segundaopinionvip@vumigroup.com](mailto:segundaopinionvip@vumigroup.com).

Second Medical Opinion VIP gives you access to the opinion of world class medical experts from the comfort of your own home. The doctors most suited to your medical condition will evaluate your case based on your medical history and first diagnosis. Please complete all fields and submit this application signed, along with your medical history, diagnosis, passport or ID, and any other documentation relevant to your case to: [secondopinionvip@vumigroup.com](mailto:secondopinionvip@vumigroup.com).

### Sección / Section I. Información del Solicitante / Applicant Information

1. Apellido(s) / Last name(s):		2. Nombres / First name:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3. Dirección / Address:		4. Ocupación / Occupation:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		5. Fecha de nacimiento / Date of birth:	
		<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	
6. Ciudad / City:	7. Provincia o estado / State:	8. Código postal / Zip code:	9. País / Country:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Teléfono (oficina o móvil) / Phone number (office or cell):		11. Fax:	
+ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		+ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
12. Correo electrónico / Email address:			
<input type="text"/>			
13. Estado civil / Marital status:			
<input type="radio"/> Soltero(a) / Single	<input type="radio"/> Casado(a) / Married	<input type="radio"/> Compañero(a) doméstico(a) / Domestic partner	<input type="radio"/> Divorciado(a) / Divorced
		<input type="radio"/> Viudo(a) / Widowed	
14. Sexo / Gender:		15. Estatura / Height:	
<input type="radio"/> Masculino / Male <input type="radio"/> Femenino / Female		Metros / Meters <input type="text"/> Pies / Feet <input type="text"/>	
		16. Peso / Weight:	
		Kilos <input type="text"/> Libras / Pounds <input type="text"/>	
17. Nombre del agente / Agent name:		18. Nombre de la agencia / Agency name:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

### Sección / Section II. Información del Médico Tratante / Treating Physician Information

1. Apellido(s) / Last name(s):		2. Nombres / First name:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3. Especialidad / Specialty:		4. Hospital:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5. Teléfono (oficina o móvil) / Phone number (office or cell):		6. Correo electrónico / Email address:	
+ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	

### Sección / Section III. Motivo por el cual Solicita la Segunda Opinión Médica y Preguntas a los Expertos / Reason for Requesting a Second Medical Opinion and Questions for the Experts

Explique el principal motivo por el cual está solicitando la Segunda Opinión Médica VIP de VUMI® y detalle las preguntas que quisiera que los expertos le respondan. / Explain the main reason why you are requesting a Second Medical Opinion VIP and list all the questions you would like the experts to answer.

**Sección / Section IV. Reconocimiento y Autorizaciones / Acknowledgement and Authorizations**
**IMPORTANTE LEER Y FIRMAR ANTES DE ENVIAR**

Para obtener una Segunda Opinión Médica VIP, usted deberá aceptar los siguientes términos y condiciones:

- 1 La Segunda Opinión Médica VIP de VUMI® es un servicio que se presta en conjunto con MediGuide International, LLC (MediGuide).
- 2 Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a VIP Universal Medical Insurance Group (VUMI®) y MediGuide International, LLC (MediGuide) y a cualquier otro hospital, médico o proveedor de atención médica a transmitir, en un formato privado y seguro, mi historia clínica a los hospitales de la red de MediGuide, sin restricciones geográficas.
- 3 En relación con la segunda opinión, autorizo a MediGuide y a VUMI® a recopilar mi historial clínico y la información pertinente relacionada a mi salud, así como la afección específica que me hizo solicitar una segunda opinión.
- 4 Acepto que MediGuide, VUMI® y el Centro de Excelencia que realizará la segunda opinión médica dependerán exclusivamente del historial clínico recibido y que MediGuide y VUMI® no tienen obligación ni responsabilidad alguna por la exactitud o totalidad del historial clínico provisto por mis médicos tratantes.
- 5 Además, acepto que, al no haber un examen físico directo por parte del médico de consulta, no obtendré el beneficio de las observaciones y percepciones que sólo pueden obtenerse mediante dicho examen.
- 6 Entiendo y apruebo que se pueden grabar conversaciones telefónicas conmigo o con mi representante a fin de mejorar la calidad de los servicios de VUMI®. Se mantendrá la confidencialidad absoluta de tales grabaciones.
- 7 Con el objetivo de cumplir mi solicitud específica de obtener uno de los servicios adicionales de MediGuide respecto al programa Navigator, MySpecialistMD (Mi Médico Especialista) o al producto de LifeLink Insurance, MediGuide deberá transmitir partes de la información descrita anteriormente en un formato privado y seguro. MediGuide transmitirá esta información solamente a las partes necesarias para cumplir con los servicios adicionales que yo solicité, y por el presente autorizo tal transmisión (IMPORTANTE: no todas las membresías de MediGuide ofrecen acceso a Navigator, MySpecialistMD o los servicios LifeLink).
- 8 Las traducciones se ofrecen para conveniencia del asegurado. La versión en inglés de esta solicitud y autorización prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier duda o disputa en relación a la Segunda Opinión Médica VIP y/o a esta solicitud.

**IMPORTANT: READ AND SIGN BEFORE SUBMITTING**

To obtain a Second Medical Opinion VIP, you must accept to the following terms and conditions:

- 1 VUMI's Second Medical Opinion VIP is a service provided in conjunction with MediGuide International, LLC (MediGuide).
- 2 I, \_\_\_\_\_ authorize VIP Universal Medical Insurance Group (VUMI®) and MediGuide International, LLC (MediGuide), and any other hospital, doctor or healthcare provider to disclose, in a private and secure format, my medical records to the hospitals in MediGuide's network, without any geographical restrictions.
- 3 In regards to the second opinion, I authorize MediGuide and VUMI® to request my medical history and relevant information related to my health, as well as the specific condition that caused me to request a second opinion.
- 4 I agree that MediGuide, VUMI® and the Center of Excellence that will perform the second medical opinion will rely solely on the medical records received, and that MediGuide and VUMI® have no obligation or liability for the accuracy or completeness of the medical records provided by my treating physicians.
- 5 Furthermore, I agree that, in the absence of a physical examination by the consulting physician, I shall not benefit from the observations and perceptions which can only be obtained through such physical examination.
- 6 I understand and agree that phone conversations with me or my representative may be recorded in order to improve the quality of VUMI® services. All recordings are to be kept confidential.
- 7 In order to fulfill my specific request to obtain one of MediGuide's additional services regarding the Navigator program, MySpecialistMD or LifeLink Insurance product, MediGuide must share parts of the information provided above in a private and safe format. MediGuide will only share this information to the necessary parties in order to comply with the additional services I requested. I hereby authorize such transmission (IMPORTANT: not all MediGuide's memberships offer access to Navigator, MySpecialistMD or LifeLink services).
- 8 Translations are offered for the convenience of the insured. The English version of this application and authorization shall prevail and will be the controlling contract in case of any doubt or dispute in relation to the Second Medical Opinion VIP and/or to this application.

1. Nome do paciente / Patient's full name:

2. Assinatura do paciente / Patient's signature:

3. Data / Date: