

**CARTA DE SOLICITUD DE ATENCION MÉDICA  
(EMPLEADORES DOMESTICOS)**

Panamá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Señores  
Caja de Seguro Social  
Ciudad

Estimados Señores:

Hacemos constar que el (la) señor (a) \_\_\_\_\_, con cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ y Seguro Social N° \_\_\_\_\_, es trabajador de la empresa \_\_\_\_\_, con Número de Empleador \_\_\_\_\_.

El (la) señor (a) \_\_\_\_\_ y/o sus dependientes requieren asistencia médica y no cuentan con la ficha vigente, por lo que solicitamos certificación del Derecho para solicitar las prestaciones para el riesgo de enfermedad que establece el Artículo 136 numeral 1 y 137 de la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social.

La cancelación de la factura correspondiente al mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ fue el día del Mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Agradeciendo la atención que brinden a la presente.

Atentamente,

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

---

**Para Uso Interno de la Caja de Seguro Social  
Carta Ficha**

Efectuadas las verificaciones de los datos contenidos en la solicitud que precede, hacemos constar que al referido asegurado, le asiste el derecho a la atención médica; tal cual, lo indican los artículos N°. 136 numeral 1 y 137 de la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social

Nombre del Verificador: \_\_\_\_\_

Firma del Verificador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Vigente hasta: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Sello del Departamento / Agencia  
Administrativa