RobleRed

Verificación Electrónica No. _____

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO

ESTOS EXAMENES REQUIEREN PRE-AUTORIZACION

SECCION A. Información Clínica del Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO. APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO. APELLIDO

EDAD _____ EMPRESA / PLAN _____

CARNÉ _____ (sin guiones) DPI: _____

SECCION B. Sección de Diagnóstico

1. Fecha de Emisión de Solicitud _____
2. Impresión Clínica _____
3. Fecha estimada inicio de enfermedad _____
4. Fecha de la primera visita por esta enfermedad _____
5. Ha sido tratado antes por esta enfermedad SI _____ Fecha _____ NO _____
6. Historia Clínica _____

SECCION C. Procedimientos

1. Proveedor Propuesto _____

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	REGION	DESCRIPCIÓN	CODIGO	
Tomografía *	72000		Monitoreo de presión arterial de 24 hrs.	93784	
Resonancia Magnética *	76270		Ph Metría	ESD007	
Ultrasonido Obstétrico *	76805		Potenciales Evocados	ESD010	
Densitometría Ósea *	893901		Potenciales Somatosensoriales	ESD013	
Doppler *			Potenciales Auditivos		
Gastroscopía	GAS001		Potenciales Visuales	ESD012	
Colonoscopía	GAS002		Potenciales de Tallo Cerebral	ESD011	
Aparato Holter	93230		Electromiograma	95860	
Manometría Esofágica	ESD003		Centellograma	78306	
Manometría Rectal	ESD004		Ecocardiograma	93307	
Mapeo Cerebral	ESD009		Densitometría Ósea Completa	ESD128	
Polisomnografía	ESD015				

Otros:

*** Indicar Región**

Observaciones _____

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:

ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ DE 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE SU EMISIÓN

INDICAR AL PACIENTE SI NECESITA ALGUNA PREPARACIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DE ALGÚN EXAMEN ESPECIAL

ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A ROBLERED PODRÁN SOLICITAR PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO.

VER OBSERVACIONES AL REVERSO

FECHA DE IMPRESION 16/05/2016