



Verificación Electrónica No. _____

**SOLICITUD DE
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO****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	
Gastroscopia	GAS001		Potenciales Visuales	ESD012
Colonoscopia	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.**

ESTOS EXAMENES REQUIEREN PRE-AUTORIZACION

RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL PACIENTE

- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.
- Cualquier Solicitud de Procedimiento de Diagnóstico alterada **NO** será tramitada.
- Para consultar los proveedores afiliados a RobleRed visite www.elroble.com