

Servicios Pre-autorizados / Pre-used services

Completar para pre-autorización de procedimientos que excedan de \$500.00 / Complete for pre-authorization procedures exceeding \$500.00

Laboratorio Clínico y Diagnóstico por Imagen. / Clinical Laboratory and Diagnostic Imaging.

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Diagnósticos: _____ Diagnosis	
Exámenes que necesitan autorización: Exams that need authorization	Describe Laboratorios y Rayos X ordenados: Describe Labs and X-rays ordered
<input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Electromiograma Electromyogram <input type="checkbox"/> Proce. endoscópicos Endoscopic procedure <input type="checkbox"/> Mamografía Mammography	1 _____ 8 _____ 2 _____ 9 _____ 3 _____ 10 _____ 4 _____ 11 _____ 5 _____ 12 _____ 6 _____ 13 _____ 7 _____ 14 _____
<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Pruebas de alergias Allergy testing <input type="checkbox"/> RX c/m. contraste Echocardiograma Echocardiogram <input type="checkbox"/> P. Evocados Holter y mapa	
<input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Pruebas de esfuerzo Stress testing <input type="checkbox"/> Ecocardiograma Echocardiogram <input type="checkbox"/> Holter y mapa	
<input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> Densitometría ósea bone densitometry <input type="checkbox"/> Densitometría ósea Bone densitometry <input type="checkbox"/> Doppler	
Observaciones: _____ Observations	

Procedimiento en clínica. / Clinical procedure

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Diagnóstico completo: _____ Full diagnosis
Procedimiento(s) efectuado(s): _____ Procedures carried out
Fecha de consulta: _____ Query Date

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales. / Hospitalization and/or Special Procedures.

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Favor indicar fecha programada para la hospitalización, hospital, y tiempo estimado de hospitalización.

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados. / You must specify the surgical procedures and / or the special procedures to be performed. To authorize a hospitalization it is essential to attach a copy of the result of all the diagnostic procedures already performed.

Indique el (los) Procedimiento (s) / Indicate the Procedure (s)

	Código/Code
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____

Honorarios Cirujano _____ Surgeon Fees	Honorarios Ayudante _____ Assistant Fees
Honorarios Anestesiista _____ Anesthetist Fees	Otros _____ Others

Observaciones: _____
Observations

Favor completar en caso de solicitar pre-autorización por embarazo a término:

Please complete in case of requesting pre-authorization for term pregnancy:

Embarazo No.: _____ Pregnancy No.	Fecha de última menstruación: _____ Last menstruation date	Fecha de primera consulta: _____ Date of first consultation
Embarazo de alto riesgo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Productos: _____ Number of Products	
Tipo de Parto: Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>		
Motivo por el cual solicita cesárea: _____ Reason for requesting a cesarean operation		

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mi corresponden a los servicios que he prestado.
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Dr. _____	_____	_____
Nombre y Sello Name & Print	Firma del Médico Physician's Signature	No. de identificación ID Number
_____	_____	_____
Dirección/Teléfono Address / Telephone	Fecha Date	Correo Electrónico E-mail
_____	_____	_____

"Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a RPN, Red de Proveedores Negociados "

Firma del asegurado o representante legal
Signature of the insured or legal representative

Fecha Date