



Producto Exclusivo de:



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)

#### 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		Polisomnografía	ESD015
Resonancia Magnética *	76270		Monitoreo de presión arterial de 24 hrs.	93784
Ultrasonido *	76506		Ph Metría	ESD007
Densitometría Ósea *	893901		Potenciales Evocados	ESD010
Doppler *			Potenciales Somatosensoriales	ESD013
Gastroscofia	GAS001		Potenciales Auditivos	
Colonoscopia	GAS002		Potenciales Visuales	ESD012
Aparato Holter	93230		Potenciales de Tallo Cerebral	ESD011
Electroencefalograma	92275		Electromiograma	95860
Manometría Esofágica	ESD003		Centellograma	78306
Manometría Rectal	ESD004		Ecocardiograma	93307
Mapeo Cerebral	ESD009		Densitometría Ósea Completa	ESD128

Otros: \_\_\_\_\_

\* Indicar Región \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_

COLEGIADO No. \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ DE 10 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE SU EMISIÓN

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

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

VER OBSERVACIONES AL REVERSO

ESTOS EXAMENES REQUIEREN PRE-AUTORIZACION