

\* Formulario para exámenes que NO se efectúan en Laboratorios

No. de la Póliza: \_\_\_\_\_ No. De Certificado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ No. de Identidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro o Institución Hospitalaria: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Estudio Solicitado: \_\_\_\_\_

Razón por la cual solicita este examen: \_\_\_\_\_

Fecha programada para el examen: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Ambulatorio

Hospitalización

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma y Sello del Medico  
Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

Observación: Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen o por el Centro Hospitalario.

**Estudios Especiales**

Arteriografías Cerebrales  
Tomografía Axial Computarizada  
Exámenes de Imagen de Resonancia Magnética  
Monitoreo Holter -24 Horas  
Pruebas Endoscópicas  
Pruebas de Esfuerzo Cardiológico  
Densitometría ósea  
Eco-Doppler  
Cintigrama Tiroideo

\*Los exámenes descritos anteriormente así como todos aquellos iguales o mayores a Lps. 3.000 deben de ser previamente precertificados en PALIC.