

* 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.