

FORMULARIO UNICO PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO

Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen con dos días de anticipación.

Contratante: _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Dependiente (si aplica): _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: M F

Nombre del Médico Tratante Dr. (A): _____

Fecha tentativa de la enfermedad: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Examen especial de Diagnóstico solicitado (adjunte informe de estudios previos): _____

Razón por la cual solicita este examen: _____

Fecha programada para el examen: _____ Costo Lempiras: _____ (Impto. incluido)

Lugar en que se hará el examen: _____ Ambulatorio Hospitalario:

Sello y Firma del médico

Firma del Asegurado

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

NO APROBADO

APROBADO

No. DE AUTORIZACIÓN _____

Observaciones _____

Doctor: _____

Director Médico

_____/_____/_____

Fecha de Resolución

EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO QUE REQUIEREN ESTA AUTORIZACIÓN

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Arteriografías• Centellogramas• Cisternografías• Muga en Esfuerzo• Muga en Reposo• Estudio con Tallium• Cariotipo en Líquido Amniótico• Gammagrafías• PHMetría Esofágica• Full Body Scan | <ul style="list-style-type: none">• Tomografía Axial Computarizada• Pruebas cutáneas de alergia• Electroencefalogramas• Estudios Vasculares no invasivos• Electromiograma• Prueba de Esfuerzo• Holter• Flouroscofia• Ecocardiograma Esofágico• Colangeografía Transpercutánea | <ul style="list-style-type: none">• Endoscopias Digestivas• Resonancia Magnética (MRI)• Pruebas Nucleares• Procedimientos Cardiovasculares invasivos• Electroencefalograma y/o de 24 horas• Sonografía• Ecocardiograma• Densitometría ósea• Enema Baritado |
|---|--|--|