RPN
RED DE PROVEEDORES NEGOCIADOS

Producto Exclusivo de: Mediprocesos
Administración Integrada de Planes de Salud

Verificación Electrónica No. _____

Fecha: _____

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO

A. Información a ser completada por el paciente

Correo (s) Electrónico para enviar Autorización _____ _____

Teléfono (s) para confirmar la autorización _____ _____

Fax (es) para enviar la autorización _____ _____

B. Información a ser completada por el Médico Tratante

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____

EMPRESA /PLAN _____

CARNET | | | | | | | | | | | | | | | | |

(sin guiones)

C. Sección Diagnósticos

1. Impresión Clínica _____

2. Según su opinión, cuándo inicio la incapacidad _____

3. Fecha de la primera visita por esta incapacidad _____

4. Historia clínica _____

_____

_____

_____

D.Sección Procedimientos

1. Proveedor Propuesto _____

DESCRIPCIÓN			DESCRIPCIÓN	
Tomografía			Densitometría de Columna y cadera	
Gastroscopía			Monitoreo de presión arterial de 24 hrs.	
Colonoscopía			Electroencefalograma	
Centellograma			Mapeo Cerebral	
Resonancia Magnética			Polisomnografía	
Ultrasonido			Ph Metría	
Densitometría Osea			Manometría (esp región)	
Electromiograma			Potenciales Evocados, Somatosensoriales, auditivos visuales o de tallo cerebral	
Aparato Holter			Otros	
Densitometría de Calcaneo y Muñeca				

Observaciones _____

_____

_____

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELEFONO _____ FAX _____

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.