



REFERIDO Y/O CONSULTA

NÚMERO DE REFERIDO

23- 839601

- PROFESIONAL
- INSTITUCIONAL



SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	INICIAL	GRUPO MÉDICO
NÚMERO DE CONTRATO		FECHA DE CUBIERTA				
		MES / DIA / AÑO				
TIENE OTRO SEGURO MEDICO?	NOMBRE DEL SEGURO	NÚMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD	TELÉFONO O CELULAR		TEL/CEL ALTERNO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			MES / DIA / AÑO			
DIRECCION FISICA			MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCION POSTAL			MUNICIPIO	ZIP CODE		
SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE						
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)				NPI	TELÉFONO OFICINA	
FIRMA DEL PROVEEDOR			FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO	CELULAR PROVEEDOR	CORREO ELECTRÓNICO	
			MES / DIA / AÑO			
SECCIÓN II INFORMACIÓN CLÍNICA						
FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y SU DESCRIPCIÓN POR EL CUAL ESTA REFIRIENDO AL PACIENTE						
1- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN		2- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN		3- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN		
4- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN		5- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN		6- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN		
RAZÓN DE LA CONSULTA: (Incluir historial, examen físico, laboratorios/estudios pertinentes . Anejar copias de estudios y/o resultados de laboratorios.)						
SECCIÓN III BENEFICIARIO REFERIDO PARA (ESPECIFICAR)						
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA	<input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO	<input type="checkbox"/> PRUEBA DIAGNÓSTICA	<input type="checkbox"/> RAYOS X		
<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> OTROS _____ (CT, MRIs, Laboratorios Esp., etc.)					
<input type="checkbox"/> CONSULTA (Indicar especialidad) _____				<input type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO		
SECCIÓN IV REPORTE DEL ESPECIALISTA						
CONTESTACIÓN A CONSULTA						
Resumen breve de los hallazgos clínicos - Copia de Nota de Progreso adjunta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Estudios realizados y resultados						
Diagnósticos						
Plan de tratamiento						
INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA						
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)		NPI	TEL OFICINA	CELULAR (OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO	
FIRMA DEL PROVEEDOR			FECHA DE SERVICIO DESDE	FECHA DE SERVICIO HASTA		
			MES / DIA / AÑO	MES / DIA / AÑO		
*** Este documento es válido por 90 días a partir de la fecha de emisión del proveedor que refiere.						
Esta transmisión contiene información confidencial que pertenece al remitente y está legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario deseado, por la presente se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción tomada en relación con el contenido de este documento está estrictamente prohibida. Si has recibido esta transmisión por algún error, por favor notifique al remitente inmediatamente para acordar la devolución de este comunicado.						