

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Número de Contrato	Fecha de Cubierta		
				Mes / Día / Año			
¿Tiene otro seguro médico?		Nombre del seguro	Núm. de contrato del otro seguro	Fecha de Efectividad			Grupo Médico
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Mes / Día / Año			
Género	Fecha de Nacimiento		Edad	Teléfono	Teléfono Alterno	Fax	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Mes / Día / Año						
Dirección Postal							
Municipio		Zipcode		Correo electrónico			
Accidente: Indique (X) la que aplique:				Enfermedad: Indique (X) la que aplique:			
<input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Actividades Deportivas				<input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/> Congénita			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA

Nombre del Proveedor (en letra de molde)		Número de Licencia	NPI	Especialidad	Tel. Oficina
Firma del Proveedor	Correo electrónico	Fecha de Solicitud		Celular de Médico	Fax de Médico
		Mes / Día / Año			

SERVICIOS A SOLICITAR

Indique (X), si la vida o salud del suscriptor podrían verse en peligro si el servicio solicitado no es evaluado con carácter Expedito/Urgente.

Favor de indicar los códigos de diagnósticos y procedimientos junto a su descripción por el cual solicita los servicios				Favor de seleccionar lugar de servicio	
Código de diagnóstico	Descripción	Código de diagnóstico	Descripción	Intrahospitalario	<input type="checkbox"/> Otros:
1. _____		5. _____		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Admisión	_____
Código de diagnóstico	Descripción	Código de diagnóstico	Descripción	Ambulatorio	Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina
2. _____		6. _____		<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro Ambulatorio	
Código de diagnóstico	Descripción	Código de diagnóstico	Descripción	Favor de seleccionar servicio:	
3. _____		7. _____		<input type="checkbox"/> Proc. Quirúrgico <input type="checkbox"/> Proc. Diagnóstico	
Código de diagnóstico	Descripción	Código de diagnóstico	Descripción	<input type="checkbox"/> Otros: _____	
4. _____		8. _____		Servicio en el hogar (Favor de indicar servicio, cantidad y fecha)	
Otros (favor de especificar)				<input type="checkbox"/> DME Tiempo estimado de uso:	

INFORMACIÓN CLÍNICA

Resumen breve de la necesidad médica de lo solicitado:

Estudios realizados y resultados que respalden la solicitud (favor de enviar documentos, orden médica, examen físico, resultados de laboratorios junto a la solicitud de preautorización):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR O FACILIDAD QUE BRINDA LOS SERVICIOS

Nombre del Proveedor o Facilidad (en letra de molde)		NPI	Teléfono Proveedor / Facilidad
Firma del Proveedor	Fecha	Fecha de servicio desde:	Fecha de servicio hasta:
		Mes / Día / Año	Mes / Día / Año

**La solicitud de servicios Expedito/Urgente, es cuando la vida o la salud del suscriptor podrían verse en peligro por un tratamiento o servicio solicitado. Las solicitudes fuera de esta definición se deben clasificar bajo Electivo/No Urgente. Cualquier presentación incompleta puede ser devuelta sin previo aviso.