

SOLICITUD PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO

RED PROVEEDORES PALIC

OBSERVACION: Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen.
El examen debe ser aprobado por un médico autorizado por PAN-AMERICAN LIFE por lo que el asegurado, su médico o el hospital deberá llamar al teléfono 209-2727 para concertar una cita. Fax 245-2791/92

No. del Grupo _____

No. del Cert. _____

Fecha _____
MES / DIA / AÑO

Nombre del asegurado _____ Tel _____

Nombre del dependiente (si aplica) _____

Diagnóstico _____

Fecha de la 1^{ra} consulta relacionada con el diagnóstico anterior _____
MES / DIA / AÑO

Nombres de médicos que remiten al paciente _____

Según su opinión cuando comenzó esta enfermedad _____

examen solicitado (Adjunte informe de estudios previos) _____

Costo del examen \$ _____

Razón por la cual solicita el examen _____

Fecha programada para el examen _____ Lugar _____
MES / DIA / AÑO

Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐

Firma del médico

Firma del asegurado

PARA USO EXCLUSIVO DE PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY

Observaciones _____

Aprobado Si ☐ No ☐

Fecha _____
MES / DIA / AÑO Médico Asesor

EXAMENES ESPECIALES PARA DIAGNOSTICO

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------------|
| ● ARTERIOGRAFIAS CEREBRALES | ● ELECTROMIOGRAMA |
| ● CENTELLEOS CEREBRALES | ● ESTUDIOS PERIFEROVASCULARES NO INVASIVOS |
| ● CISTERNOGRAFIAS | ● PRUEBA DE ESFUERZOS |
| ● MUGA EN ESFUERZO | ● HOLTER |
| ● MUGA EN REPOSO | ● ECOCARDIOGRAMA |
| ● ESTUDIOS CON TALLIUM | ● ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS |
| ● CARIOTIPO EN LIQUIDO AMNIOTICO | ● RESONANCIA MAGNETICA (M.R.I.) |
| ● TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA | ● PRUEBAS NUCLEARES |
| ● EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA | ● ELECTROENCEFALOGRAMA DE 24 HORAS |
| ● PRUEBA DE ALERGIAS | ● PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES INVASIVOS |
| ● ELECTROENCEFALOGRAMAS | ● SONOGRAFIAS |

Recibido por _____