

SOLICITUD PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO

RED PROVEEDORES PALIC

OBSERVACION: Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el exámen.

El exámen 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 _____

exámen solicitado (Adjunte informe de estudios previos) _____

Costo del exámen \$ _____

Razón por la cual solicita el exámen _____

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



Recibido por _____