FORMULARIO UNICO PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO

Seguros Atlántida

SOLICITUD N° _____

Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen con dos días de anticipación.

Contratante: _____ Póliza No.: _____ Certificado No.: _____

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Dependiente (si aplica): _____

Fecha de Nacimiento: ____ /____/____ Sexo: M ☐ F ☐

Nombre del Médico Tratante Dr. (a): _____

Fecha tentativa de la enfermedad: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Examen especial de Diagnóstico solicitado (adjunte informe de estudios previos): _____

_____

Razón por la cual solicita este examen: _____

Fecha programada para el examen: _____ Costo Lempiras: _____ (impuesto incluido)

Lugar en que se hará el examen: _____ Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐

_____ Sello y Firma del Médico

_____ Firma del Asegurado

PARA USO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

NO APROBADO ☐ APROBADO ☐ **No. de Autorización** _____

Observaciones: _____

_____

Doctor: _____ Director Médico

____ /____/____ Fecha de Resolución

EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO QUE REQUIEREN ESTA AUTORIZACION

- Arteriografías
- Centellogramas
- Cisternografías
- Muga en Esfuerzo
- Muga en Reposo
- Estudio con Tallium
- Cariotipo en líquido amniótico
- Gammagrafías
- PHMetría Esofágica
- Full Body Scan
- Tomografía Axial Computarizada
- Pruebas cutáneas de alergia
- Electroencefalogramas
- Estudios Vasculares no invasivos
- Electromiograma
- Prueba de Esfuerzo
- Holter
- Flouroscopia
- Ecocardiograma Esofágico
- Colangeografía Transpercutánea
- Endoscopías Digestivas
- Resonancia Magnética (MRI)
- Pruebas Nucleares
- Procedimientos Cardiovasculares invasivos
- Electroencefalograma y/o de 24 horas
- Sonografía
- Ecocardiograma
- Densitometría ósea
- Enema Baritado