Atlántida Vida
Seguros de Personas

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMENES ESPECIALES

Observaciones: Para exámenes especiales, deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico especialista que solicita el examen con cinco días de anticipación.

1. DATOS GENERALES:	
Contratante:	
Póliza:	Certificado:
Asegurado Titular:	
Paciente:	
Parentesco:	
Fecha de Vigencia:	
2. INFORMACION SOBRE PADECIMIENTO Y EXAMEN SOLICITADO	
Diagnóstico Principal:	
Diagnóstico secundario:	
Examen solicitado: (Adjunte Informe de estudios previos)	
Razón por la cual solicita el examen:	
Fecha programada para el examen:	Lugar:

_____ _____

Firma y sello de médico tratante Fecha

_____ _____

Firma y sello de Asegurado Email donde remitir respuesta

Para uso de Atlántida Vida, Seguros de personas, S.A:

Aprobado: Si ◯ No ◯

Observaciones:

_____ _____

Firma de autorización Fecha de resolución

Exámenes especiales de Diagnostico son los que se mencionan a continuación, pero no se limitan a:

Arteriografías cerebrales	Electroencefalogramas	Muga en reposo
Cariotipo	Electromiograma	Prueba de esfuerzo
Cariotipo en líquido amniótico	Endoscopías digestivas	Pruebas cutáneas de alergia
Centellogramas	Estudios con Tallium	Pruebas nucleares
Cisternografías	Estudios vasculares no invasivos	Resonancia magnética (M.R.I.)
Colonoscopia	Muga en esfuerzo	Tomografía Axial Computarizada
Ecocardiograma	Holter	Sonografía