

# FORMULARIO UNICO PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO



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
- Fluoroscopia
- 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