

Fecha de solicitud:

Autoización No.

DATOS DEL PACIENTE								
Nombres:			Apellidos:					
Edad:	Sexo ☐ F ☐ M	Póliza No.	Certificado No.			☐ CIP ☐ Pasaporte No.		
Teléfono:		Celular:	Fax:		E-mail:			
DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL								
Contratante:			Nombre Asegurado:					
Edad:	Sexo ☐ F ☐ M	Certificado No.	☐ ☐ Pasaporte No					
INFORMACIÓN MÉDICA								
Diagnóstico 1						ICD-9		
Diagnóstico 2						ICD-9		
Diagnóstico 3						ICD-9		
Descripción	COD.	CANT.	Descripción	COD.	CANT.	Descripción	COD.	CANT.
ABDOMEN			EXTREMIDADES			SISTEMA GASTROINTESTINAL		
AP o KUB	74020		Antebrazo AP y lateral	73090		Esofagograma	74220	
Con placa adicional	74010		Calcáneo lateral Tnag.	73650		Enema de bario simple con medio de contraste	74270	
COLUMNA VERTEBRAL						SISTEMA URINARIO		
Cervical AP y lateral	72040		Clavícula	73000		Enema de bario doble	74283	
Cervical AP, lateral y oblicua	72050		Codo Ap y lateral	73070		S.G.D.	74240	
Cervical AP y Lat. obl. flex./ext.	72050		Encuesta ósea	77075				
Caderas AP, P. de rana	73540		Hombro rotación	73030		Cistograma miccional	74430	
Dorsal AP y lateral	72070		Hombro AP	73020		Pielograma I.V.	74440	
Lumbar AP, lateral y oblicua	72110		Húmero AP y lateral	73060		Pielograma retrógrado	74420	
L.S. AP y lateral	72100		Muñeca AP y lateral	73100		Uretrocistografía Retrógrada	74450	
Lumbar AP, lat. obl. flex./ext.	72052		Mano AP y lateral	73120		TÓRAX		
Pelvis AP	72170		Mano AP y lateral oblicua	73130		Parrilla un lado	71100	
Sacro AP y lateral	72220		Pierna AP y lateral	73590		PA y Lateral	71020	
CRÁNEO			Pie AP y lateral	73620		PA. AP	71010	
Art. Temporo mandibular	70330		Pie AP y lateral oblicua	73630				
Cráneo (silla turca)	70240		Pelvimetría	74710				
OTROS								
Cuello	70360		Rodilla AP y lateral	73560				
Fluoroscopia	76000		Serie ósea	76062				
Huesos propios de nariz	70160		Tobillo AP y lateral	73600				
Mandíbula 3, vistas	70110		SISTEMA BILIAR					
Mastoides	70120		Colangiograma endovenoso	74305				
Órbitas	70200		Colangiograma percutáneo	74320				
Senos, 3 vistas	70220							

Nombre del médico tratante:

No. de Idoneidad:

Número de pruebas ordenadas:

Firma y sello médico

Firma del asegurado