

PRECERTIFICAR EL(LOS) EXAMEN(ES) AL FAX: 2223-4286 o EMAIL: asistencia.medica@segurosazul.com.sv TELEFONO ASISTENCIA: 2 5 2 2-8 2 0 0
IIIMPORTANTE: PREVIA AUTORIZACIÓN MEDIANTE ESTE FORMULARIO, EL ASEGURADO SERA RESPONSABLE DE PAGAR EL COASEGURO, SEGÚN SEA AUTORIZADO POR SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS Y/O ASISTENCIA MEDICA DE SEGUROS AZUL .

Póliza No.: _____ Cert. No.: _____ FECHA: _____

Contratante (aplica en pólizas colectivas): _____

Nombre del Asegurado principal: _____

Nombre del Paciente: _____

Diagnóstico (s): _____

Según su opinión ¿cuándo inició la enfermedad?: _____

Historia clínica: _____

RESONANCIA MAGNETICA CLASICA		RESONANCIA MAGNETICA ESPECIALIZADA		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA	
<input type="checkbox"/>	CEREBRO	<input type="checkbox"/>	MRI FUNCIONAL	<input type="checkbox"/>	CRANEO (Cerebro, Cerebelo)
<input type="checkbox"/>	COLUMNA TOTAL	<input type="checkbox"/>	ESPECTROSCOPIA	<input type="checkbox"/>	TORAX
<input type="checkbox"/>	COLUMNA CERVICAL	<input type="checkbox"/>	DIFUSION	<input type="checkbox"/>	ABDOMEN
<input type="checkbox"/>	COLUMNA DORSAL	<input type="checkbox"/>	PERFUSIÓN	<input type="checkbox"/>	PELVIS
<input type="checkbox"/>	COLUMNA LUMBAR			<input type="checkbox"/>	ORBITAS
<input type="checkbox"/>	HOMBRO DERECHO	<input type="checkbox"/>	ANGIO RM	<input type="checkbox"/>	SENOS PARANASALES
<input type="checkbox"/>	HOMBRO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/>	CEREBRO	<input type="checkbox"/>	OIDOS
<input type="checkbox"/>	CODO DERECHO	<input type="checkbox"/>	CAROTIDAS		
<input type="checkbox"/>	CODO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/>	AORTICA	<input type="checkbox"/>	ANGIO TAC
<input type="checkbox"/>	MUÑECA	<input type="checkbox"/>	RENAL	<input type="checkbox"/>	CEREBRAL
<input type="checkbox"/>	CADERA	<input type="checkbox"/>	CUERPO TOTAL	<input type="checkbox"/>	CAROTIDAS
<input type="checkbox"/>	RODILLA DERECHA	<input type="checkbox"/>	MRI. VASC. PERIFERICO	<input type="checkbox"/>	RENAL
<input type="checkbox"/>	RODILLA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/>	COLANGIO RESONANCIA	<input type="checkbox"/>	RECONSTRUCCIONES 3D Y 4D
<input type="checkbox"/>	TOBILLO DERECHO			<input type="checkbox"/>	COLUMNA CERVICAL
<input type="checkbox"/>	TOBILLO IZQUIERDO			<input type="checkbox"/>	COLUMNA DORSAL
<input type="checkbox"/>	MAMA	ULTRASONOGRAFIA		<input type="checkbox"/>	COLUMNA LUMBAR
<input type="checkbox"/>	PROSTATA			<input type="checkbox"/>	PROTOCOLO DENTAL ¿Panorámica?
<input type="checkbox"/>	TORAX				
<input type="checkbox"/>	ABDOMEN	MAMOGRAFIA		<input type="checkbox"/>	OTROS:
<input type="checkbox"/>	PELVIS				_____
<input type="checkbox"/>	MRI INVESTIGACIÓN GANGLIONAR				_____
<input type="checkbox"/>	MRI HIPOFISIS (FOSA POSTERIOR)	RAYOS X CONVENCIONAL			_____
<input type="checkbox"/>	MRI INVESTIGACIÓN QUIASMA OPTICO				_____
<input type="checkbox"/>	MRI OTROS:				_____

NOMBRE DEL MEDICO _____ JVPM _____

TELEFONO _____ FAX _____

FIRMA Y SELLO

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS Y/O ASISTENCIA MEDICA DE SEGUROS AZUL