

PRECERTIFICAR EL (LOS) EXAMEN (ES) AL FAX: 2223-4286 o EMAIL: asistencia.medica@segurosazul.com.s TELEFONO ASISTENCIA 2 5 2 2 - 8 2 0 0

¡¡¡¡¡MUY IMPORTANTE: 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 SEGUROS AZUL VIDA.

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: _____

HEMATOLOGIA	QUIMICA SANGUINEA	MARCADORES TUMORALES	HORMONAS
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Glucosa	<input type="checkbox"/> Alfa Feto-Proteína -AFP	<input type="checkbox"/> Cortisol ____am ____pm
<input type="checkbox"/> Hb y Ht	<input type="checkbox"/> Glucosa Post-Prandial	<input type="checkbox"/> Ag. Carcinoembrionario CEA	<input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica B-Hcg-Cuant.
<input type="checkbox"/> Eritrosedimentación	<input type="checkbox"/> Glucosa Tolerancia ____ horas	<input type="checkbox"/> CA-125	<input type="checkbox"/> Hormona Paratiroidea
<input type="checkbox"/> Leucograma	<input type="checkbox"/> Test O'Sullivan	<input type="checkbox"/> CA-19-9	<input type="checkbox"/> Insulina
<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada A1C	<input type="checkbox"/> CA-15-3	<input type="checkbox"/> Insulina Post-Prandial
<input type="checkbox"/> Frotis de sangre periférica	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> PSA Total	<input type="checkbox"/> Insulina Tolerancia ____ horas
<input type="checkbox"/> Reticulocitos	<input type="checkbox"/> Nitrógeno Uréico	<input type="checkbox"/> PSA Libre	<input type="checkbox"/> TSH 3a. Generación
<input type="checkbox"/> Falciformismo	<input type="checkbox"/> Colesterol total	VIROLOGIA E INMUNOLOGIA	<input type="checkbox"/> T3 Total
<input type="checkbox"/> Plasmodium (gota gruesa)	<input type="checkbox"/> Colesterol Alta Densidad (HDL)	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus IgG/IgM	<input type="checkbox"/> T4 Total
<input type="checkbox"/> Eosinófilos sangre ____ nasales ____	<input type="checkbox"/> Colesterol Baja Densidad (LDL)	<input type="checkbox"/> Dengue IgG/IgM + Ag (DUO)	<input type="checkbox"/> T3 Libre
<input type="checkbox"/> Células LE	<input type="checkbox"/> Triglicéridos	<input type="checkbox"/> Epstein Barr Virus IgG/IgM	<input type="checkbox"/> T4 Libre
<input type="checkbox"/> Concentrado Strout (T.Cruzi)	<input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva Cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis B, Ag. De Superficie	<input type="checkbox"/> Testosterona
COAGULACION	<input type="checkbox"/> Acido Urico	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, Ac. IgM	<input type="checkbox"/> Prolactina
<input type="checkbox"/> Retracción de coágulo	<input type="checkbox"/> Proteínas Totales y Dif.	<input type="checkbox"/> Hepatitis B, Ac.	QUIMICA URINARIA
<input type="checkbox"/> Tiempo y valor de protrombina	<input type="checkbox"/> Albumina	<input type="checkbox"/> Hepatitis C, Ac.	<input type="checkbox"/> Acido Urico Orina de 24 h
<input type="checkbox"/> Tiempo de tromb. Parcial Act.	<input type="checkbox"/> Deshidrogenasa Láctica -LDH	<input type="checkbox"/> HIV Ac (3a. Generación)	<input type="checkbox"/> Calcio Orina de 24 h
<input type="checkbox"/> Tiempo de trombina	<input type="checkbox"/> Transaminasa Oxalacetica GOT/AST	<input type="checkbox"/> HIV Prueba rápida	<input type="checkbox"/> Cloro Orina de 24 h
<input type="checkbox"/> Fibrinógeno	<input type="checkbox"/> Transaminasa Pirúvica GPT/ALT	<input type="checkbox"/> Influenza A&B - Ag	<input type="checkbox"/> Depuración de creatinina 24 h
<input type="checkbox"/> Tiempo de coagulación	<input type="checkbox"/> Bilirrubinas Total y Directa	<input type="checkbox"/> Rubeóla Ac.	<input type="checkbox"/> Fósforo Orina de 24 h
<input type="checkbox"/> Tiempo de sangramiento	<input type="checkbox"/> Gamma Glutamil T. (GGT)	<input type="checkbox"/> Varicela Ac.	<input type="checkbox"/> Nitrógeno Uréico Orina de 24 h
INMUNOLOGIA	<input type="checkbox"/> Fosfatasa Acida	BACTERIOLOGIA	<input type="checkbox"/> Potasio Orina de 24 h
<input type="checkbox"/> Acaros IgE	<input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina	<input type="checkbox"/> Baciloscopia - AR	<input type="checkbox"/> Proteínas en Orina 24 h
<input type="checkbox"/> Cardiolipinas IgG	<input type="checkbox"/> Sodio	<input type="checkbox"/> Coloración de Gram	<input type="checkbox"/> Citrato en Orina 24 h
<input type="checkbox"/> Cardiolipinas IgM	<input type="checkbox"/> Potasio	<input type="checkbox"/> Coprocultivo	COPROLOGIA
<input type="checkbox"/> Antinucleares Ac. (ANA)	<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> Urocultivo	<input type="checkbox"/> General de Heces
<input type="checkbox"/> Antimitocondriales Ac. (AMA)	<input type="checkbox"/> Calcio	<input type="checkbox"/> Cultivo de Vibrio Cólera	<input type="checkbox"/> Azul de Metileno
<input type="checkbox"/> IgE Totales	<input type="checkbox"/> Fósforo	<input type="checkbox"/> Cultivo Anaeróbico	<input type="checkbox"/> Concentrado de Heces
<input type="checkbox"/> IgG, IgM, IgA Séricas	<input type="checkbox"/> Magnesio	<input type="checkbox"/> Cultivo de Secreciones _____	<input type="checkbox"/> Grasas en Heces 24 h
<input type="checkbox"/> Aglutininas, Anti-Rh	<input type="checkbox"/> Creatin Fosfokinasa CPK	<input type="checkbox"/> Directo al Fresco	<input type="checkbox"/> Grasas en Heces al azar
<input type="checkbox"/> Leptospira Ac.	<input type="checkbox"/> Creatin Fosfokinasa Fracción MB	<input type="checkbox"/> Hemocultivo	<input type="checkbox"/> Helicobacter Pylori - Ag
<input type="checkbox"/> Cryptosporidium Ac.	<input type="checkbox"/> Amilasa	HONGOS	<input type="checkbox"/> Oxiuros Cinta Adhesiva
<input type="checkbox"/> Aspergillus Ac	<input type="checkbox"/> Lipasa	<input type="checkbox"/> Directo KOH	<input type="checkbox"/> Rotavirus
<input type="checkbox"/> Helicobacter Pylori Ac. IgG	<input type="checkbox"/> Hierro Sérico	<input type="checkbox"/> Cultivo de Hongos	<input type="checkbox"/> Sustancias Reductoras y Ph
<input type="checkbox"/> Factor reumatoideo (Latex RA)	<input type="checkbox"/> Hierro Capacidad de Fijación	URINALISIS	<input type="checkbox"/> Sangre Oculta
<input type="checkbox"/> Monotest	<input type="checkbox"/> Transferrina	<input type="checkbox"/> General de Orina	<input type="checkbox"/> Inmunofluores para S Typhi
<input type="checkbox"/> Antiestreptolisina O (ASO)	<input type="checkbox"/> Ferritina	<input type="checkbox"/> Microalbuminaria	<input type="checkbox"/> Coloración de Coccidios
<input type="checkbox"/> Antígenos febriles	OTROS:	<input type="checkbox"/> Dismorfismo (sedimento urinario)	
<input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva		<input type="checkbox"/> Cálculos - Análisis	
<input type="checkbox"/> Clamydia IgA/IgM			
<input type="checkbox"/> Embarazo en Sangre			
<input type="checkbox"/> Tipo sanguíneo			
<input type="checkbox"/> RPR			
<input type="checkbox"/> FTA-ABS (Treponema)			
<input type="checkbox"/> Strep A			

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