

SOLICITUD PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO

OBSERVACION: Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen.
 El examen debe ser aprobado por un médico autorizado por PAN AMERICAN LIFE por lo que el asegurado, su médico o el hospital deberá llamar al teléfono 209-2727 para concertar una cita.
 Fax: 245-2791/92

No. del Grupo: _____

No. del Cert: _____

Fecha: _____

Nombre del asegurado: _____ Tel _____

Nombre del dependiente: (si aplica) _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la 1ª consulta relacionada con diagnostico anterior: _____

Nombres de médicos que remiten al paciente: _____

Según su opinión cuando comenzó esta enfermedad: _____

Examen solicitado (Adjunte informe de estudios previos): _____

Costo de examen \$ _____

Razón por la cual solicita el examen: _____

Fecha programada para el examen: _____ Lugar: _____

Ambulatorio Hospitalario

 Firma del Médico Firma del Asegurado

Para uso de PAN AMERICAN LIFE

Observaciones: _____

Aprobado Si No

 Fecha Médico Asesor

Exámenes Especiales de Diagnóstico.

- Arteriografías Cerebrales
- Centelleos Cerebrales
- Cisternografías
- Muga en Esfuerzo
- Muga en Reposo
- Estudios con Tallium
- Cariotipo en Líquido Amniótico
- Tomografía Axial Computarizada
- Exámenes de Resonancia Magnética
- Prueba de Alergias
- Electroencefalogramas
- Electromiograma
- Estudios Periferovasculares no invasivos
- Prueba de Esfuerzos
- Holter
- Ecocardiograma
- Endoscopías Digestivas
- Resonancia Magnética (M.R.I.)
- Pruebas Nucleares
- Electroencefalograma de 24 horas
- Procedimientos Cardiovasculares invasivos
- Sonografía

Recibido por: _____