

## EXÁMENES ESPECIALES

Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen con dos días de anticipación

Contratante : \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente (si aplica) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

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 US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido)

Lugar en que se hará el examen: \_\_\_\_\_ Ambulatorio:  Hospitalario:

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

### PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aprobado  No aprobado  Observaciones: \_\_\_\_\_

Dr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Director médico

Fecha de resolución

#### Exámenes Especiales de Diagnóstico que requieren esta autorización:

Arteriografías cerebrales	Tomografía Axial Computarizada	Endoscopías digestivas
Centellogramas	Pruebas cutáneas de alergia	Resonancia magnética (M.R.I.)
Cisternografías	Electroencefalogramas	Pruebas nucleares
Muga en esfuerzo	Electromiograma	Electroencefalograma de 24 horas
Muga en reposo	Estudios vasculares no invasivos	Procedimientos cardiovasculares invasivos
Estudios con Tallium	Prueba de esfuerzo	Sonografía
Cariotipo en Líquido amniótico	Holter	Ecocardiograma