

SERVICIO DE AUTORIZACIÓN

FORMULARIO DE SOLICITUD

Por favor, envíe notas de consulta con este formulario
N.º de fax (657) 400-1204

Tipo de solicitud: Urgente (Acelerada) Estándar

Fecha: _____ N.º de Autorización: _____ N.º de historia clínica: _____

1

Nombre del paciente: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

N.º de ID del paciente: _____ Masculino Femenino Fecha de nac.: _____ Edad: _____

Padre/Tutor legal: _____ N.º de tel.: _____

Se remite a: _____ Especialidad: _____

2

Nombre del PCP: _____ N.º de tel.: _____ N.º de fax: _____

Diagnóstico: _____ ICD-10: _____ CPT/HCPCS: _____

CPT/HCPCS: _____

CPT/HCPCS: _____

CPT/HCPCS: _____

Servicio solicitado: _____

ADJUNTOS:

An. de lab.

Radiografía

Otro

Para DME, terapia, HHC, indique la duración y frecuencia: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta
(o sello del consultorio): _____ Especialidad: _____

Contacto de la oficina: _____ N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

RECOMENDACIÓN DEL MÉDICO PARA INTERNACIÓN DEL PACIENTE/ CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTE AMBULATORIO:

PACIENTE INTERNADO SERVICIOS/PRUEBAS PARA PACIENTE AMBULATORIO

SERVICIOS/PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Centro: _____

Se requiere anestesia: SÍ NO Asistente de cirugía: SÍ NO

Fecha de admisión: _____ Hora: _____ Duración estimada de la hospitalización: _____

Relacionada con un accidente laboral: SÍ NO