

**Solicitud de Pre-Certificación Cirugías Electivas, Procedimientos y Estudios Especializados
Suscriptores PSM Comercial
(La forma debe ser completada en todas sus partes y en letra legible)**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Fecha de la Solicitud		
				Día	Mes	Año
Número de Contrato PSM (ID)	Número de Grupo	Teléfono/Cel.	Edad	Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año
Email del paciente:						
INFORMACIÓN DEL MÉDICO						
Nombre y Apellidos del Médico	Especialidad	Firma y Licencia	#Teléfono y Fax			
NPI:			Email del Médico:			
<p align="center">Indique (X) la que aplique</p> <p>Enfermedad: <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/> Congénita</p> <p>Accidente: <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Actividades Deportivas (Explique)</p> <p>Otros: _____</p>						
Informe Médico (favor completar todos los campos, si necesario use papel adicional)						
1. Diagnóstico ICD10 : 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____						
2. Otras condiciones presentes:						
3. Historial breve (Severidad, Necesidad, Intensidad):						
4. Pruebas diagnósticas realizadas (incluya resultados) y tratamiento aplicado:						
Cirugía o Procedimiento Recomendado CPT4 y Descripción (RT, LT, BIL)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Servicio de Anestesia General Requerido: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Fecha sugerida para ingreso: 1era opción Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2da opción Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/>						
Hospital _____ <input type="checkbox"/> Sala Endoscópica OPD <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Largo de Estadia Estimada						
Observaciones						