

Informe Médico (Pre-autorización) Cirugías Electivas, Procedimientos y Estudios Especializados
(La forma debe ser completada en todas sus partes)

Información del Paciente						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Fecha de la Solicitud		
				Día	Mes	Año
Número de Contrato PSM (ID)		Número de Grupo		Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año
Información del Médico						
Nombre y Apellidos del Médico		Especialidad	Firma y Licencia		#Teléfono y Fax	
Indique (X) la que aplique						
Enfermedad: <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/> Congénita						
Accidente : <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Actividades Deportivas (Explique)						
Otros: _____						
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"/> _____						
Servicio de Anestesia General Requerido: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Fecha sugerida para ingreso: 1era opción <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ^{Día} <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ^{Mes} 2da opción <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ^{Día} <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ^{Mes}						
Hospital _____ <input type="checkbox"/> Sala Endoscópica _____ OPD <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Largo de Estadia Estimada						
Uso Oficial						
____ Major Medical		Observaciones: _____				
_____ Cubierta verificada por: _____						
____ Autorizado		____ No Autorizado		____ Deducibles		
Firma Autorizada _____				Fecha de aprobación: ____/____/____ Día / Mes / Año		
# Pre autorización / LOS Cert. _____			AUTORIZACIÓN VÁLIDA PARA PROVEEDORES PARTICIPANTES			