

**Solicitud de Pre-Certificación Cirugías Electivas, Procedimientos y Estudios Especializados**  
**(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 <b>PSM</b> (ID)	Número de Grupo	Teléfono/Cel.	Edad	Fecha de Nacimiento	
				Día	Mes
					Año
<b>Email del paciente:</b>					
INFORMACIÓN DEL MÉDICO					
Nombre y Apellidos del Médico		Especialidad	Firma y Licencia	#Teléfono y Fax	
<b>NPI:</b>			<b>Email del Médico:</b>		
<b>Indique (X) la que aplique</b>					
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 <b>completar todos</b> los campos, si necesario use papel adicional)					
1. Diagnóstico <b>ICD10</b> : 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____					
2. Otras condiciones presentes:					
3. Historial breve y justificación médica (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 <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Largo de Estadia Estimada					
Observaciones					