

**SOLICITUD DE PRE-CERTIFICACIÓN  
CIRUGÍAS ELECTIVAS, PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS ESPECIALIZADOS  
SUSCRIPTORES 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 <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 completar todos 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:						
Código de Cirugía o Procedimiento o Servicio, Recomendado (CPT4 / HCPCS) 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						
Información Médica Adicional del Suscriptor						