

SOLICITUD PARA EXAMENES ESPECIALES

* Formulario para exámenes que NO se afectan en Laboratorios

No. de la Póliza: _____ No. de Certificado: _____

Fecha: _____ Nombre de la Empresa: _____
Mes Día Año

Nombre del Asegurado: _____ No. de Identidad _____

Nombre del Dependiente: _____ Teléfono: _____

Nombre del Centro o Institución Hospitalaria: _____

Diagnóstico: _____

Estudio Solicitado: _____

Razón por la cual solicita este examen: _____

Fecha programada para el examen: _____ Lugar: _____
Mes Día Año

Ambulatorio

Hospitalización

Nombre Firma y Sello del Médico
Tratante

Firma del Asegurado

Observación: Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solocita el examen o por el Centro Hospitalario.

Estudios Especiales

- Arteriografías Cerebrales
- Tomografía Axial Computarizada
- Exámenes de Imagen de Resonancia Magnética
- Monitoreo Holter - 24 Horas
- Pruebas Encoscópicas
- Pruebas de Esfuerzos Cardiológicos
- Densitometría ósea
- Eco-Doppler
- Cintigrama Tiroideo

* Los exámenes descritos anteriormente así como todos aquellos iguales o mayores a Lps. 3,000 deben ser previamente precertificados en PALIC.