

Solicitud de Pre-Certificación

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cirugías Electivas | <input type="checkbox"/> Estudios Especializados | <input type="checkbox"/> Expedito | <input type="checkbox"/> Estándar |
| Nombre del Suscriptor Principal: | | | |
| Nombre del Paciente: | | | |
| Número de Contrato: FM _____ | | Edad: | Sexo: |
| Informe Médico | | | |
| Diagnóstico: | | Otras Condiciones Presentes: | |
| Historial Breve: | | | |
| Pruebas Diagnósticas Realizadas y Tratamiento Aplicado (Someter Copia de resultado): | | | |
| Cirugía o Estudio Solicitado: | | | |
| Código: | Descripción: | | |
| Código: | Descripción: | | |
| Código: | Descripción: | | |
| Código: | Descripción: | | |
| Requiere Servicio de: | Fecha Sugerida Para Ingreso: #1 ___/___/___ #2 ___/___/___ | | |
| Anestesia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Días Estimados de Reclusión: _____ Días | | |
| Sedación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hospital: | | |
| Nombre del Médico: | | NPI: | |
| Número de Proveedor: | | Teléfono: | Fax: |
| Firma del Médico: | | Fecha: ___/___/___ | |

Información Importante:

1. Asegúrese completar este formulario en todas sus partes.
2. Someta este formulario con, por lo menos, 7 días de anticipación a la fecha sugerida para la pre-admisión. Este puede ser enviado o entregado en cualquier oficina de First Medical Health Plan, Inc.
3. Espere la autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc., antes de proceder con el servicio solicitado.