

### Solicitud de Pre-Certificación

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

**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.