

# SERVICIO DE AUTORIZACIÓN

## FORMULARIO DE SOLICITUD

Por favor, envíe notas de consulta con este formulario  
N.º de fax (657) 400-1204

**Tipo de solicitud:**  Urgente (Acelerada)  Estándar

Fecha: \_\_\_\_\_ N.º de Autorización: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

1

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

N.º de ID del paciente: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ N.º de tel.: \_\_\_\_\_

Se remite a: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

2

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_ N.º de tel.: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ ICD-10: \_\_\_\_\_ CPT/HCPCS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPT/HCPCS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPT/HCPCS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPT/HCPCS: \_\_\_\_\_

Servicio solicitado: \_\_\_\_\_

ADJUNTOS:

An. de lab.

Radiografía

Otro

Para DME, terapia, HHC, indique la duración y frecuencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta  
(o sello del consultorio): \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Contacto de la oficina: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

## RECOMENDACIÓN DEL MÉDICO PARA INTERNACIÓN DEL PACIENTE/ CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTE AMBULATORIO:

PACIENTE INTERNADO       SERVICIOS/PRUEBAS PARA PACIENTE AMBULATORIO

SERVICIOS/PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Centro: \_\_\_\_\_

Se requiere anestesia:     SÍ     NO      Asistente de cirugía:     SÍ     NO

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Duración estimada de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Relacionada con un accidente laboral:     SÍ     NO