



SECCIÓN A. Información que debe ser completada por el Paciente

CORREO ELECTRÓNICO _____ No. CELULAR _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____
1ER. NOMBRE _____ 2DO. NOMBRE _____ 1ER. APELLIDO _____ 2DO. APELLIDO _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____
1ER. NOMBRE _____ 2DO. NOMBRE _____ 1ER. APELLIDO _____ 2DO. APELLIDO _____

EDAD _____ EMPRESA/PLAN _____

CARNÉ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (sin guiones) DPI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECCIÓN B. Información que debe ser completada por el Médico Tratante

1. FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD _____ FECHA ESTIMADA INICIO ENFERMEDAD _____

2. DIAGNÓSTICOS 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

SOLO PUEDE ORDENAR PRUEBAS RELACIONADAS CON LOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
CRÁNEO		SISTEMA BILIAR			
Cráneo 3 proyecciones	70250	Colecistograma Oral	74290	Mano AP	73120
Senos 3 Vistas	70220	Colang. Endovenoso	74310	Mano AP, Lat, Oblic.	73130
Nasofaringe Lateral	70370			Rodilla AP y Lat.	73570
Mandíbula 3 Vistas	70110	TORAX		Muslo AP y Lat.	73590
Huesos propios de la Nariz	70160	Pielograma I.V.	74440	Pierna AP y Lat.	735902
Arcos Cigomático	70144	Pielograma Hipe	74405	Tobillo AP y Lat.	73600
Orbitas	70150	Pielograma Retro	74420	Pie AP y Lat.	736201
Arterio Temporo	70330	Cistograma Miccio	74430	Pie AP y Lat, Oblic.	73630
Mandibular		Uretrograma	74455	Hombro Rotación	73038
Silla Turca	70240	SISTEMA URINARIO		Hombro AP y Lat.	73030
TORAX		Pelvis AP	72170	OTROS	
Tórax PA	71010	Caderas AP, P, de Rana	73540	Pelvimetría	74710
Tórax PA y Lat	71020	Sacro AP y Lat.	72220	Fluoroscopia	76000
Clavícula	73000	Cervical AP y Lat.	72040	Escanograma	76040
Parilla un Lado	71100	Cerv. AP, Lat y Oblic.	72050	Mamografía	76091
ABDOMEN		Lumbar AP, Lat y Obl.	72110	Venograma	75820
AP o Decubito	74020	Lumb-Sacro. AP y Lat	72100	Electrocardiograma	93000
Con Placa Adicional	74010	Lumb-Sacro AP, Lat, Obl. Flexión y Extensión	72052	Tomografía de Senos	70486
Abdomen AP y Lat	74000	Dorsal AP y Lat.	72070	Paranasales	
SISTEMA GASTROINTESTINAL		Cervical AP, Lat, Obl. Flexión y Extensión	72050	Electroencefalograma	92275
Esofagograma	74220	EXTREMIDADES		Ultrasonido ***	76506
Serie Gastro Duodenal	74240	Húmero AP y Lat.	73060	Indicar Región:	
Serie Gastro Intestinal	74245	Codo AP y Lat.	73070		
Enema Bario Simple	74270	Muñeca AP y Lat.	73100		
Enema Bario Doble	74280	Antebrazo AP y Lat.	73090		

***NOTA: EL ULTRASONIDO OBSTÉTRICO **SI** REQUIERE DE PREVIA AUTORIZACIÓN

NÚMERO DE PRUEBAS ORDENADAS:

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:

TODO EXAMEN DE LABORATORIO DEBE SER REALIZADO POR UN PROVEEDOR AFILIADO A RPN
INDICAR AL PACIENTE SI NECESITA ALGUNA PREPARACIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DEL ALGÚN EXAMEN ESPECIAL

ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE SU EMISIÓN



Estimado paciente, a continuación se detallan datos importantes que debe tener en cuenta antes de acudir al centro de diagnóstico:

▶ **DIAGNÓSTICOS NO CUBIERTOS**

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ▶ Anovulación | ▶ Disfunción eréctil | ▶ Infertilidad |
| ▶ Alopecia Androgénica | ▶ Disfunción testicular | ▶ Planificación familiar |
| ▶ Déficit de atención | ▶ Tratamiento dental | ▶ Pruebas pre-concepcionales |
| ▶ Talla corta / Retraso crecimiento | ▶ Control niño sano / control pediátrico | ▶ Disfunción Articulación temporomandibular (ATM) |
| ▶ Hipoestrogenismo | ▶ Chequeo o pruebas de donador | ▶ Control Anual |
| ▶ Obesidad / Sobrepeso | ▶ Gingivitis | ▶ Exámenes de carácter preventivo |
| ▶ Fatiga crónica | ▶ Queratocono | ▶ Chequeo médico de cualquier índole (matrimonial, ginecológico, oftalmológico, etc.) |
| ▶ Menopausia | ▶ Problemas refractarios (miopía, astigmatismo, presbicia, emetropía, hipermetropía etc.) | |
| ▶ Climaterio | ▶ Hipogonadismo | |
| ▶ Andropausia | | |
| ▶ Eyaculación precoz | | |
| ▶ Retraso sexual | | |

▶ **DIAGNÓSTICOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN DE COBERTURA PREVIA A PRESENTARSE AL CENTRO DE DIAGNÓSTICO**

- | | |
|---------------------|---|
| ▶ Embarazo en curso | ▶ Exámenes dirigidos al feto |
| ▶ Pubertad precoz | ▶ Pie plano |
| ▶ Acné | ▶ Diagnósticos de tipo congénito o genético |
| ▶ Astenia | ▶ COVID-19 |

▶ **PRUEBAS SIN COBERTURA**

- | | | |
|----------------|------------------------|--------------------------|
| ▶ Espermograma | ▶ Histerosalpingograma | ▶ Hormona Antimülleriana |
|----------------|------------------------|--------------------------|

OTRAS INDICACIONES

- ▶ Presentar carné de identificación físico o digital.
- ▶ Presentar DPI (en caso de no contar con el mismo presentar licencia, pasaporte y en último caso carné físico) En caso de menores de edad, presentar documento de identificación de la persona encargada.
- ▶ Previo a presentarse al proveedor de su elección, confirme si realiza las pruebas ordenadas en el formulario y si necesita alguna preparacion previa.

PRESENTAR UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

- ▶ **Formulario original:** Requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura. **No se aceptan copias.**
- ▶ **Autorización:** No requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
- ▶ **Código y pin de formulario electrónico:** El formulario puede requerir revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.



Si tiene alguna duda comuníquese con su asesor de seguros.