

MES	DÍA	AÑO

Solicitud de Autorización para Transportación no Emergente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE

DIRECCIÓN FÍSICA	TELÉFONO	PLAN MÉDICO
		<input type="checkbox"/> Constellation Health <input type="checkbox"/> First Medical (PSG) <input type="checkbox"/> Humana (Advantage) <input type="checkbox"/> MCS Classicare <input type="checkbox"/> MMM (Advantage) <input type="checkbox"/> MMM (PSG)
	NÚMERO DE CONTRATO	<input type="checkbox"/> Molina Healthcare (PSG) <input type="checkbox"/> PMC (Advantage) <input type="checkbox"/> PMC (PSG) <input type="checkbox"/> Triple S (Advantage) <input type="checkbox"/> Triple S (PSG) <input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE SOLICITA

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO	NÚMERO DE PROVEEDOR (NPI)

FIRMA DEL MÉDICO	NÚMERO DE LICENCIA

INFORMACIÓN DEL SERVICIO QUE SOLICITA

TIPO DE SERVICIO	PERIODO DE SERVICIO	FRECUENCIA DE SERVICIO	ICD-10 / DIAGNÓSTICO												
<input type="checkbox"/> DIÁLISIS <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA <input type="checkbox"/> CÁMARA HIPERBÁRICA <input type="checkbox"/> CITA MÉDICA <input type="checkbox"/> OTRO _____	DESDE <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MES</td> <td>DÍA</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> HASTA <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MES</td> <td>DÍA</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>				MES	DÍA	AÑO				MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> UNA VEZ <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> ____ VECES EN SEMANA <input type="checkbox"/> OTRO _____	
MES	DÍA	AÑO													
MES	DÍA	AÑO													
NOMBRE DE LA FACILIDAD MÉDICA DEL SERVICIO															

RAZÓN QUE JUSTIFICA EL SERVICIO