

### Forma Referido de Pre-autorización

Nombre del Afiliado:	Número de Contrato del Afiliado:
Nombre del Proveedor que refiere:	Nombre del Proveedor referido:
Número de Teléfono del Proveedor que refiere:	Número de Teléfono del Proveedor referido:
Número de Fax del Proveedor que refiere:	Número de Fax del Proveedor Referido:
Número de ID del Proveedor que refiere:	Número de ID del Proveedor Referido:
Fecha de solicitud: _____ / _____ / _____ Mes                      Día                      Año	
Diagnósticos:	Códigos de ICD 9:
Servicios Solicitados:	Códigos de CPTs/HCPCS:

### Información Clínica

Signos y Síntomas relacionados a la condición (Especifique la duración de los síntomas):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento (Especifique dosis y frecuencia):

Tratamiento Actual:

\_\_\_\_\_

Tratamiento Pasado:

\_\_\_\_\_

Estudios y Hallazgos Relacionados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Número de NPI: \_\_\_\_\_  
 La información contenida en este formulario es privilegiada y confidencial y es sólo para uso de la persona o entidades nombradas en este formulario. Si el lector de esta forma no es el destinatario señalado, el empleado o el agente responsable de entregar al destinatario, al lector se le notifica que cualquier divulgación, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si esta comunicación se ha recibido por error, el lector deberá notificar al remitente inmediatamente y destruirá toda la información recibida.

### Respuesta de Manejo Médico

( ) Aprobación según solicitado : Núm. de Autorización \_\_\_\_\_ Número de visitas autorizadas: \_\_\_\_\_

( ) Solicitud No Aprobada:  Se requiere información adicional (ver carta adjunta)  No necesita referido  No reúne los criterios

Comentarios:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes                      Día                      Año

**TODA AUTORIZACION ES VALIDA POR 90 DIAS DESDE LA FECHA DE LA AUTORIZACION**