

Referidos B-PON

Paciente nuevo a nuestra clínica con plan médico:



PACIENTE NECESITA DOS REFERIDOS

Referido 1

99203 - visita inicial

Referido 2

98942 - manipulación x ____

(Indicar cantidad de manipulaciones aprobadas)

Doctor Quiropráctico: Dr. Jorge Jarrot Sierra

MODELOS DE REFERIDOS EN PRÓXIMAS PAGINAS

Cualquier duda de cómo llenar estos referidos
nos puede llamar al 787-221-3978

L-V 8:00am - 5:00pm

V.04/2021

REFERIDO Y/O CONSULTA

- PROFESIONAL
 INSTITUCIONAL

Seleccionar Plan



SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|---|--|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO Del Pueblo | | APELLIDO MATERNO Pecosa | | NOMBRE Juan | | INICIAL | | NÚMERO DE CONTRATO 0080012345678 | FECHA DE CUBIERTA 01 / 01 / 21 <small>MES / DIA / AÑO</small> | GRUPO MÉDICO 1234 |
| TIENE OTRO SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | NOMBRE DEL SEGURO | | NÚMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO | | FECHA DE EFECTIVIDAD 01 / 01 / 21 <small>MES / DIA / AÑO</small> | | TELÉFONO O CELULAR 787-000-0000 | | TEL/CEL ALTERNO 939-000-0000 |
| DIRECCIÓN FÍSICA Urb. Bonita 123 Calle Ejemplo | | | | MUNICIPIO Ejemplo | | ZIP CODE 00000 | | CORREO ELECTRÓNICO juandelpueblo@email.com | | |
| DIRECCIÓN POSTAL P.O. Box 0000 | | | | MUNICIPIO Ejemplo | | ZIP CODE 00000 | | | | |

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE

| | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|--|---|---|--|
| NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde) Dr. Pedro Del Pueblo Roza | | | NPI 0123456789 | | TELÉFONO OFICINA 939-111-0000 | | |
| FIRMA DEL PROVEEDOR [Firma de Doctor Primario] | | FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO 01 / 01 / 21 <small>MES / DIA / AÑO</small> | | CELULAR PROVEEDOR 939-222-0000 | | CORREO ELECTRÓNICO drpedrodelpueblo@email.com | |

SECCIÓN II INFORMACIÓN CLÍNICA

FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y SU DESCRIPCIÓN POR EL CUAL ESTA REFIRIENDO AL PACIENTE

| | | |
|--|--|--|
| 1- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN ##### | 2- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN ##### | 3- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN ##### |
| 4- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN | 5- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN | 6- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN |

RAZÓN DE LA CONSULTA: (Incluir historial, examen físico, laboratorios/estudios pertinentes . Anejar copias de estudios y/o resultados de laboratorios.)

99203 - visita inicial

SECCIÓN III BENEFICIARIO REFERIDO PARA (ESPECIFICAR)

| | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CIRUGÍA | <input type="checkbox"/> ANESTESIA | <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO | <input type="checkbox"/> PRUEBA DIAGNÓSTICA | <input type="checkbox"/> RAYOS X |
| <input type="checkbox"/> LABORATORIO | <input type="checkbox"/> OTROS _____ (CT, MRIs, Laboratorios Esp., etc.) | | | |
| <input type="checkbox"/> CONSULTA (Indicar especialidad) Quiropráctico | | | <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO Dr. Jorge Jarrot Sierra | |

SECCIÓN IV REPORTE DEL ESPECIALISTA

CONTESTACIÓN A CONSULTA

Resumen breve de los hallazgos clínicos - Copia de Nota de Progreso adjunta Sí No

V.04/2021

REFERIDO Y/O CONSULTA

- PROFESIONAL**
 INSTITUCIONAL

Seleccionar Plan



SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|--|-----------------------------|
| APELLIDO PATERNO Del Pueblo | APELLIDO MATERNO Pecosa | NOMBRE Juan | INICIAL | NÚMERO DE CONTRATO 0080012345678 | FECHA DE CUBIERTA 01 / 01 / 21 MES / DIA / AÑO | GRUPO MÉDICO 1234 |
| TIENE OTRO SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | NOMBRE DEL SEGURO | NÚMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO | FECHA DE EFECTIVIDAD 01 / 01 / 21 MES / DIA / AÑO | TELÉFONO O CELULAR 787-000-0000 | TEL/CEL ALTERNO 939-000-0000 | |
| DIRECCIÓN FÍSICA Urb. Bonita 123 Calle Ejemplo | | MUNICIPIO Ejemplo | ZIP CODE 00000 | CORREO ELECTRÓNICO juandelpueblo@email.com | | |
| DIRECCIÓN POSTAL P.O. Box 0000 | | MUNICIPIO Ejemplo | ZIP CODE 00000 | | | |

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE

| | | |
|--|--|---|
| NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde) Dr. Pedro Del Pueblo Roza | NPI 0123456789 | TELÉFONO OFICINA 939-111-0000 |
| FIRMA DEL PROVEEDOR [Firma de Doctor Primario] | FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO 01 / 01 / 21 MES / DIA / AÑO | CELULAR PROVEEDOR 939-222-0000 |
| | | CORREO ELECTRÓNICO drpedrodelpueblo@email.com |

SECCIÓN II INFORMACIÓN CLÍNICA

FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y SU DESCRIPCIÓN POR EL CUAL ESTA REFIRIENDO AL PACIENTE

| | | |
|--|--|--|
| 1- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN ##### | 2- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN ##### | 3- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN ##### |
| 4- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN | 5- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN | 6- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN |

RAZÓN DE LA CONSULTA: (Incluir historial, examen físico, laboratorios/estudios pertinentes . Anejar copias de estudios y/o resultados de laboratorios.)

98942 - manipulacion x ## (Cantidad de manipulaciones aprobadas)

SECCIÓN III BENEFICIARIO REFERIDO PARA (ESPECIFICAR)

| | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CIRUGÍA | <input type="checkbox"/> ANESTESIA | <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO | <input type="checkbox"/> PRUEBA DIAGNÓSTICA | <input type="checkbox"/> RAYOS X |
| <input type="checkbox"/> LABORATORIO | <input type="checkbox"/> OTROS _____ (CT, MRIs, Laboratorios Esp., etc.) | | | |
| <input type="checkbox"/> CONSULTA (Indicar especialidad) Quiropráctico | | | <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO Dr. Jorge Jarrot Sierra | |

SECCIÓN IV REPORTE DEL ESPECIALISTA

CONTESTACIÓN A CONSULTA

Resumen breve de los hallazgos clínicos - Copia de Nota de Progreso adjunta Sí No