

# Referidos C-CAG

Paciente que regresa a nuestra clínica con plan médico:



## PACIENTE NECESITA DOS REFERIDOS

**Referido 1**

**99213 - visita seguimiento**

**Referido 2**

**98942 - manipulación x \_\_\_\_**

(Indicar cantidad de manipulaciones aprobadas)

**Doctor Quiropráctico: Dr. Omar Valentín Rodríguez**

**MODELOS DE REFERIDOS EN PRÓXIMAS PAGINAS**

**Cualquier duda de cómo llenar estos referidos  
nos puede llamar al 787-221-5228**

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

V.04/2021

**REFERIDO Y/O CONSULTA**

- PROFESIONAL**  
 **INSTITUCIONAL**

Seleccionar Plan



**SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

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

**SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE**

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

**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 <b>#####</b>	2- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN <b>#####</b>	3- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN <b>#####</b>
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) <b>Quiropráctico</b>			<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO <b>Dr. Omar Valentín Rodríguez</b>	

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

**SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE**

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

**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 <b>#####</b>	2- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN <b>#####</b>	3- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN <b>#####</b>
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.)

**99213 - visita seguimiento**

**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) <b>Quiropráctico</b>			<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO <b>Dr. Omar Valentín Rodríguez</b>	

**SECCIÓN IV REPORTE DEL ESPECIALISTA**

**CONTESTACIÓN A CONSULTA**

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