

Referidos D-PON

Paciente que regresa a nuestra clínica con plan médico:



PACIENTE NECESITA DOS REFERIDOS

Referido 1

99213 - visita seguimiento

98942 - manipulación x 1

(*NOTA: En este referido poner 1 en cantidad de código 98942 – manipulación)

Referido 2

98942 - manipulación x ____

(Indicar cantidad de manipulaciones aprobadas)

Doctor Quiropráctico: Dr. Anthony Hernández Marzán

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 MES / DIA / AÑO		GRUPO MÉDICO 1234	
TIENE OTRO SEGURO MEDICO? <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			
DIRECCION FISICA Urb. Bonita 123 Calle Ejemplo				MUNICIPIO Ejemplo		ZIP CODE 00000		CORREO ELECTRÓNICO juandelpueblo@email.com					
DIRECCION 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. Anthony Hernández Marzán	

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 <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.)

99213 - visita seguimiento
98942 - manipulacion x 1
*(*NOTA: En este referido poner 1 en cantidad de código 98942 – manipulación)*

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. Anthony Hernández Marzán	

SECCIÓN IV REPORTE DEL ESPECIALISTA

CONTESTACIÓN A CONSULTA

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