

Referidos E-CAN

Paciente que regresa a nuestra clínica con plan médico:



PACIENTE NECESITA UN REFERIDO

Referido 1

98942 - manipulación x ____

(Indicar cantidad de manipulaciones aprobadas)

Doctor Quiropráctico: Dr. Julio Cay Martínez

MODELOS DE REFERIDOS EN PRÓXIMAS PAGINAS

Cualquier duda de cómo llenar estos referidos
nos puede llamar al 787-221-8828

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

V.04/2021

REFERIDO Y/O CONSULTA

- PROFESIONAL**
 INSTITUCIONAL

Seleccionar Plan



SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

APPELLIDO PATERNO Del Pueblo	APPELLIDO 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"/> SI <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. Julio Cay Martínez	

SECCIÓN IV REPORTE DEL ESPECIALISTA

CONTESTACIÓN A CONSULTA

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