

Referidos I-PON

Paciente nuevo a nuestra clínica con planes médicos:



PACIENTE NECESITA DOS REFERIDOS

Referido 1

99203 - visita inicial

98942 - manipulación x 1

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

Referido 2

98942 - manipulación x ____

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

FORMULARIO DE REFERIDO

Sección A INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Juan Del Pueblo Pecosá		Número de Contrato 0080012345678	Fecha de Emisión MES 01 DÍA 01 AÑO 20		
¿Tiene el Asegurado otro Seguro? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Nombre del Otro Seguro de Salud	Número de Contrato del Otro Seguro	Fecha de Efectividad MES DÍA AÑO		

Sección B INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE

Número del Proveedor que Refiere	Fecha de Emisión MES 01 DÍA 01 AÑO 20	Teléfono 787-000-0000	Nombre completo (legible) Dr. Pedro Del Pueblo Roza	NPI									
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>		Fax	Firma [Firma de Doctor Primario]	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="0"/>

Historial del Paciente / Hallazgos Pertinentes (Legible)

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO

Resultado de Pruebas Diagnósticas Pertinentes (si aplica)

Nombre del proveedor a quien refiere:	Dr. Anthony Hernández Marzán	Teléfono:	<input type="checkbox"/> Par <input type="checkbox"/> Non Par
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------	---

Se refiere paciente para: (Se debe emitir un Referido para cada Tipo de Servicio)

Laboratorios
 Rayos X
 Facilidad Ambulatoria
 Número de Visitas: _____

Pruebas Diagnósticas / Tratamiento / Cirugía
98942 - manipulación x 1
 Visita/Consulta
99203 - visita Inicial
 Otros

Sección C CONTESTACIÓN A CONSULTA POR ESPECIALISTA

Impresión Diagnóstica y Hallazgos Clínicos

Códigos de ICD-10	1.	2.
3.	4.	5.
6.	7.	8.
9.	10.	

Resultado de Pruebas Diagnósticas Realizadas

Plan de Tratamiento/Seguimiento

Visitas de Seguimiento (De ser necesario)	Fecha MES DÍA AÑO
---	--------------------------

Sección D INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO

Fecha de Servicio Desde MES DÍA AÑO	Fecha de Servicio Hasta MES DÍA AÑO	Número de Proveedor <input type="text"/>	NPI <input type="text"/>
Nombre del Proveedor (Letra de Molde)		Firma Proveedor	Teléfono / Fax

FORMULARIO DE REFERIDO

Sección A INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Juan Del Pueblo Pecosá		Número de Contrato 0080012345678	Fecha de Emisión MES 01 DÍA 01 AÑO 20		
¿Tiene el Asegurado otro Seguro? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Nombre del Otro Seguro de Salud	Número de Contrato del Otro Seguro	Fecha de Efectividad MES DÍA AÑO		

Sección B INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE

Número del Proveedor que Refiere 1 2 3 4 5 6 7	Fecha de Emisión MES 01 DÍA 01 AÑO 20	Teléfono 787-000-0000	Nombre completo (legible) Dr. Pedro Del Pueblo Roza	NPI 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0					
		Fax	Firma [Firma de Doctor Primario]						

Historial del Paciente / Hallazgos Pertinentes (Legible)

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO

Resultado de Pruebas Diagnósticas Pertinentes (si aplica)

Nombre del proveedor a quien refiere:	Dr. Anthony Hernández Marzán	Teléfono:	<input type="checkbox"/> Par <input type="checkbox"/> Non Par
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------	---

Se refiere paciente para: (Se debe emitir un Referido para cada Tipo de Servicio)

<input type="checkbox"/> Laboratorios	<input type="checkbox"/> Rayos X	<input type="checkbox"/> Facilidad Ambulatoria	Número de Visitas: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Pruebas Diagnósticas / Tratamiento / Cirugía 98942 - manipulación	<input type="checkbox"/> Visita/Consulta	<input type="checkbox"/> Otros	

Sección C CONTESTACIÓN A CONSULTA POR ESPECIALISTA

Impresión Diagnóstica y Hallazgos Clínicos

Códigos de ICD-10	1.	2.
3.	4.	5.
6.	7.	8.
9.	10.	

Resultado de Pruebas Diagnósticas Realizadas

Plan de Tratamiento/Seguimiento

Visitas de Seguimiento (De ser necesario)	Fecha MES DÍA AÑO
---	--------------------------

Sección D INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO

Fecha de Servicio Desde MES DÍA AÑO	Fecha de Servicio Hasta MES DÍA AÑO	Número de Proveedor 0000000000	NPI 0000000000
Nombre del Proveedor (Letra de Molde)		Firma Proveedor	Teléfono / Fax