

Referidos K-CAN

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 ____

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

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. Julio Cay Martínez	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 <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	Fecha de Emisión MES 01 DÍA 01 AÑO 20	Teléfono 787-000-0000	Nombre completo (legible) Dr. Pedro Del Pueblo Roza	NPI									
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	MES DÍA AÑO	Fax	Firma [Firma de Doctor Primario]	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 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. Julio Cay Martínez	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
99213 - visita seguimiento
 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NPI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre del Proveedor (Letra de Molde)		Firma Proveedor	Teléfono / Fax