

Referidos L-CAG

Paciente que regresa a nuestra clínica con plan médico:



PACIENTE NECESITA DOS REFERIDOS

Referido 1

99213 - visita seguimiento

Referido 2

98942 - manipulación x ____

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

P.O. Box 9023547, San Juan PR 00902-9547

<p>1</p> <p><u>Juan Del Pueblo Pecosá</u> NOMBRE DEL AFILIADO</p> <p><u>0080012345678</u> NÚMERO DE CONTRATO</p> <p><u>01/01/20</u> FECHA DE EFECTIVIDAD</p> <p><u>1234567890</u> NPI DEL MÉDICO PRIMARIO DEL AFILIADO</p>	<p>2 ¿TIENE EL AFILIADO OTRO SEGURO?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>_____ NOMBRE DEL OTRO SEGURO</p> <p>_____ FECHA DE EFECTIVIDAD</p> <p>_____ NÚMERO DE CONTRATO</p>	<p>3 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE</p> <p><u>1234567890</u> NPI (Campo #178 en CMS 1500)</p> <p><u>01/01/20</u> MM DD AA</p> <p><u>Dr. Pedro Del Pueblo Roza</u> NOMBRE</p> <p><u>787-000-000</u> TELÉFONO</p> <p><u>[Firma de Doctor Primario]</u> FIRMA</p>	<p>7 REPORTE DEL CONSULTOR</p> <p>HALLAZGOS CLÍNICOS</p> <p>_____ RESULTADOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</p> <p>_____ IMPRESIÓN DE DIAGNÓSTICO</p> <p>_____ PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p>_____ SEGUIMIENTO</p>						
<p>4 RAZÓN DEL REFERIDO 4a NÚM. HOJA DE CONSULTA</p> <p>HISTORIAL:</p> <p>EXÁMEN FÍSICO:</p> <p>RESULTADOS DE PRUEBAS Y/O ESTUDIOS:</p> <p>DIAGNÓSTICOS TENTATIVOS INCLUYENDO EL CÓDIGO:</p> <p style="text-align: right;">##### CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO</p> <p>*Favor de Incluir copia de los resultados ##### CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO</p>		<p>6 REQUIERE PRE-AUTO</p>	<p>8 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO</p> <p>_____ FECHA CONSULTA MM DD AA</p> <p>_____ TELÉFONO</p> <p>_____ NPI (CAMPO #24J EN CMS 1500)</p> <p>_____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE</p> <p>_____ FIRMA PROVEEDOR DE SERVICIO</p>						
<p>5 SE REFIERE AL PACIENTE PARA (DEBE EMITIR UN FORMULARIO PARA CADA TIPO DE SERVICIO)</p> <p><u>98942 - manipulacion</u></p>		<p>5b FECHA DE ENTREGA REFERIDO AL AFILIADO <u>01/01/21</u> MM DD AA</p> <p>CANTIDAD DE SESIONES <input type="checkbox"/> <u>[Firma de Paciente]</u> FIRMA DEL AFILIADO</p>							
<p>EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME): <input type="checkbox"/> PCP REFIERE (SA) <input type="checkbox"/> REQUIERE PRE-AUTO (6)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; border-bottom: 1px solid black;">EQUIPO</td> <td style="width:25%; border-bottom: 1px solid black;">DESDE</td> <td style="width:25%; border-bottom: 1px solid black;">HASTA</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">EQUIPO</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">DESDE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">HASTA</td> </tr> </table>				EQUIPO	DESDE	HASTA	EQUIPO	DESDE	HASTA
EQUIPO	DESDE	HASTA							
EQUIPO	DESDE	HASTA							

P.O. Box 9023547, San Juan PR 00902-9547

<p>1</p> <p><u>Juan Del Pueblo Pecosá</u> NOMBRE DEL AFILIADO</p> <p><u>0080012345678</u> NÚMERO DE CONTRATO</p> <p><u>01/01/20</u> FECHA DE EFECTIVIDAD</p> <p><u>1234567890</u> NPI DEL MÉDICO PRIMARIO DEL AFILIADO</p>	<p>2 ¿TIENE EL AFILIADO OTRO SEGURO?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>_____ NOMBRE DEL OTRO SEGURO</p> <p>_____ FECHA DE EFECTIVIDAD</p> <p>_____ NÚMERO DE CONTRATO</p>	<p>3 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE</p> <p><u>1234567890</u> NPI (Campo #178 en CMS 1500)</p> <p><u>01/01/20</u> MM DD AA</p> <p><u>Dr. Pedro Del Pueblo Roza</u> NOMBRE</p> <p><u>787-000-000</u> TELÉFONO</p> <p><u>[Firma de Doctor Primario]</u> FIRMA</p>	<p>7 REPORTE DEL CONSULTOR</p> <p>HALLAZGOS CLÍNICOS</p> <p>_____ RESULTADOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</p> <p>_____ IMPRESIÓN DE DIAGNÓSTICO</p> <p>_____ PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p>_____ SEGUIMIENTO</p>						
<p>4 RAZÓN DEL REFERIDO 4a NÚM. HOJA DE CONSULTA</p> <p>HISTORIAL:</p> <p>EXÁMEN FÍSICO:</p> <p>RESULTADOS DE PRUEBAS Y/O ESTUDIOS:</p> <p>DIAGNÓSTICOS TENTATIVOS INCLUYENDO EL CÓDIGO:</p> <p style="text-align: right;">##### CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO</p> <p>*Favor de Incluir copia de los resultados ##### CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO</p>		<p>6 REQUIERE PRE-AUTO</p>	<p>8 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO</p> <p>_____ FECHA CONSULTA MM DD AA</p> <p>_____ TELÉFONO</p> <p>_____ NPI (CAMPO #24J EN CMS 1500)</p> <p>_____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE</p> <p>_____ FIRMA PROVEEDOR DE SERVICIO</p>						
<p>5 SE REFIERE AL PACIENTE PARA (DEBE EMITIR UN FORMULARIO PARA CADA TIPO DE SERVICIO)</p> <p><u>99213 - visita seguimiento</u></p>		<p>5b FECHA DE ENTREGA REFERIDO AL AFILIADO <u>01/01/21</u> MM DD AA</p> <p>CANTIDAD DE SESIONES <input type="checkbox"/> <u>[Firma de Paciente]</u> FIRMA DEL AFILIADO</p>							
<p>EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME): <input type="checkbox"/> PCP REFIERE (SA) <input type="checkbox"/> REQUIERE PRE-AUTO (6)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%; border-bottom: 1px solid black;">EQUIPO</td> <td style="width:20%; border-bottom: 1px solid black;">DESDE</td> <td style="width:20%; border-bottom: 1px solid black;">HASTA</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">EQUIPO</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">DESDE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">HASTA</td> </tr> </table>		EQUIPO	DESDE	HASTA	EQUIPO	DESDE	HASTA	<p>_____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE</p> <p>_____ FIRMA PROVEEDOR DE SERVICIO</p>	
EQUIPO	DESDE	HASTA							
EQUIPO	DESDE	HASTA							