

Referidos L-PON

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. 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

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

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