

# Referidos M-BAY

Paciente que regresa a nuestra clínica con plan médico:



**PACIENTE NECESITA UN REFERIDO**

Referido 1

98942 - manipulación x \_\_\_\_

**Doctor Quiropráctico: Dr. Alexis Valentín Rodríguez**

**MODELOS DE REFERIDOS EN PRÓXIMAS PAGINAS**

Cualquier duda de cómo llenar estos referidos  
nos puede llamar al 787-221-3971

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

**FORMULARIO DE REFERIDO**

**Sección A INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Nombre del Asegurado <b>Juan Del Pueblo Pecosá</b>		Número de Contrato <b>0080012345678</b>	Fecha de Emisión MES <b>01</b>   DÍA <b>01</b>   AÑO <b>20</b>		
¿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 <b>01</b>   DÍA <b>01</b>   AÑO <b>20</b>	Teléfono <b>787-000-0000</b>	Nombre completo (legible) <b>Dr. Pedro Del Pueblo Roza</b>	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		Fax	Firma <b>[Firma de Doctor Primario]</b>	<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:	<b>Dr. Alexis Valentín Rodríguez</b>	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 <b>98942 - manipulación</b>	<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="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