

Referidos M-CAG

Paciente que regresa a nuestra clínica con plan médico:



PACIENTE NECESITA UN REFERIDO

Referido 1

98942 - manipulación x ____

Doctor Quiropráctico: Dr. Jorge Jarrot Sierra

IMPORTANTE: referidos deben de tener nombre de quiropráctico y fecha de emisión.

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> 1234567 </div>	Fecha de Emisión MES 01 DÍA 01 AÑO 20	Teléfono 787-000-0000	Nombre completo (legible) Dr. Pedro Del Pueblo Roza	NPI <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> 1234567890 </div>		
		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. Jorge Jarrot Sierra	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 Visita/Consulta Otros

98942 - manipulación

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> </div>	NPI <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> </div>
Nombre del Proveedor (Letra de Molde)		Firma Proveedor	Teléfono / Fax