



SOLICITUD DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN Y LABORATORIO CLÍNICO

Importante:

Este formulario tendrá una validez de 15 días a partir de la fecha de emisión. Debe ser debidamente completado sin tachones o enmiendas y con letra de molde.-El grupo de exámenes cuyo monto global exceda Q.1,000.00 necesita autorización previa de Pan-American Life de Guatemala.- Para estudios especiales que necesitan autorización ver lista abajo.

SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:		Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.	
Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:		
Nombre del Asegurado:		Fecha:	Firma del Asegurado:
Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento:		

SECCIÓN II - A LLENAR POR EL MÉDICO

Diagnósticos:	Nombre del Médico solicitante:		
1 _____	Nº Colegiado:	Teléfono:	Fecha:
2 _____	Firma y Sello:		
3 _____			
4 _____			
Número de pruebas solicitadas:	Fecha inicio dolencia:		

IMÁGENES

Descripción	Descripción	Descripción
CRÁNEO	Cerv. AP, Lateral y Oblicua	ESTUDIOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN
Cráneo 3 proyecciones	Lumbar AP, Lateral y Oblicua	Electroencefalograma
Senos paranasales 3 vistas	Lumbo Sacra AP y Lateral	Electrocardiograma
Nasofaringe Lateral	Proyecciones dinámicas (especificar)	Ecocardiograma
Mandíbula 3 vistas	Dorsal AP y Lateral	Electromiograma
Huesos propios de la nariz	Otro:	Mamografía
Arcos cigomáticos	EXTREMIDADES	Prueba de Esfuerzo
Orbitas	Húmero AP y Lateral	Holter y mapa 24h.
Art. Temp. Mandíbula	Codo AP y Lateral	Resonancia Magnética
Silla Turca	Muñeca AP y Lateral	Pruebas Nucleares
TÓRAX	Antebrazo AP y Lateral	Procedimientos cardiovasculares invasivos
Tórax PA	Mano AP	Tomografía Axial computarizada
Tórax PA y Lateral	Mano AP, Lateral y Oblicua	Pruebas de Alergias
Clavícula	Rodilla AP y Lateral	Potenciales Evocados
Parrilla costal un lado	Muslo AP y Lateral	Estudios Radiológicos con medio de Contraste - especificar.
Otro:	Tobillo AP y Lateral	Procedimientos Endoscópicos - especificar.
ABDOMEN	Pie AP y Lateral	
AP o Decúbito	Pie AP, Lateral y Oblicuo	Ultrasonidos 3D o 4 D
Con Placa Adicional	Serie Ósea	Esófagograma
Abdomen AP y Lateral	Calcáneo AP y Lateral	Serie Gastro Duodenal
Otro:	Hombro AP y Lateral	Serie Gastro Intestinal
COLUMNA VERTEBRAL	Hombro Rotación	Doppler (Cualquier región)
Pelvis AP / Pelvimetría	Pierna AP y Lateral	Densitometría Ósea
Caderas AP, Posición de Rana	Otro:	
Sacro AP y Lateral	EXÁMENES ADICIONALES	
Cervical AP y Lateral	Ultrasonido Convencional (cualquier región)	

Observaciones: