

## SOLICITUD PARA EXAMENES ESPECIALES

### \* Formulario para exámenes que NO se afectan en Laboratorios

No. de la Póliza: \_\_\_\_\_ No. de Certificado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ No. de Identidad \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro o Institución Hospitalaria: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Estudio Solicitado: \_\_\_\_\_

Razón por la cual solicita este examen: \_\_\_\_\_

Fecha programada para el examen: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Ambulatorio

Hospitalización

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma y Sello del Médico  
Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

Observación: Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solocita el examen o por el Centro Hospitalario.

#### Estudios Especiales

- Arteriografías Cerebrales
- Tomografía Axial Computarizada
- Exámenes de Imagen de Resonancia Magnética
- Monitoreo Holter - 24 Horas
- Pruebas Encoscópicas
- Pruebas de Esfuerzos Cardiológicos
- Densitometría ósea
- Eco-Doppler
- Cintigrama Tiroideo

\* Los exámenes descritos anteriormente así como todos aquellos iguales o mayores a Lps. 3,000 deben ser previamente precertificados en PALIC.