



SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____ No. CELULAR: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____

1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

EDAD _____ EMPRESA/PLAN _____

CARNÉ _____ DPI _____

SECCIÓN B. Sección de Diagnóstico

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD _____

IMPRESIÓN CLÍNICA _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

FECHA DE LA PRIMER VISITA POR ESTA ENFERMEDAD _____

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI ☐ FECHA _____ NO ☐

HISTORIA CLÍNICA _____

SECCIÓN C. Procedimientos

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	REGIÓN	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
Tomografía	72000		Monitoreo de presión arterial de 24 hrs	93784
Resonancia Magnética	76270		Ph Metría	ESD007
Ultrasonido Obstétrico	76805		Potenciales Evocados	ESD010
Densitometría Ósea	893901		Potenciales Somatosensoriales	ESD013
Doppler			Potenciales Auditivos	
Gatroscofia	GAS001		Potenciales Visuales	ESD012
Colonoscopia	GAS002		Potenciales de Tallo Cerebral	ESD011
Aparato Holter	93230		Electromiograma	95860
Manometría Esofágica	ESD003		Centellograma	78306
Manometría Rectal	ESD004		Ecocardiograma	93307
Mapeo Cerebral	ESD009		Densitometría Ósea Completa	ESD128
Polisomnografía	ESD015		Prueba de Antígeno SARS-COV-2	993930
Panel de Alérgenos Alimenticios	950042		Prueba Molecular PCR (SARS-COV-2 ARN VIRAL)	993931
Panel de Alérgenos Inhalados/ Panel de Alérgenos Inhalante	950046		Panel Respiratorio + PCR SARS COV-2	993932
Otros				

ADJUNTAR RESULTADO DE EXAMEN (ES) QUE RESPALDE (N) EL PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE

SECCIÓN D. Fisioterapias

PROVEEDOR PROPUESTO _____

DIAGNÓSTICO _____

TIEMPO DE EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS _____

LA DOLENCIA ES DE ORIGEN CONGÉNITO SI ☐ NO ☐

SI SE PRACTICÓ CIRUGÍA, INDIQUE FECHA Y LUGAR _____

SI SE RECIBIÓ TRATAMIENTO PREVIO POR ESTE DIAGNÓSTICO INDIQUE CUANDO _____

NÚMERO DE TERAPIAS SOLICITADAS _____

OBSERVACIONES _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

COLEGIADO NO. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:
ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN
MEDIANTE EL USO Y PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO OTORGO AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, LABORATORIO, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y OTRAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONE A SEGUROS EL ROBLE S.A Y/O AL CONTRATANTE, CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS) CON RESPECTO A TRATAMIENTOS O SERVICIOS PRESTADOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES.

ESTOS EXAMENES REQUIEREN PRE-AUTORIZACIÓN

“Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los Médicos, Hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a SEGUROS EL ROBLE, S.A., cualquier información relacionada con el expediente médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente. Asimismo, declaro estar enterado de la aplicación del Artículo 915 (Extinción de Responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala”

PUNTOS A CONSIDERAR PARA PRESTAR EL SERVICIO

DIAGNÓSTICOS NO CUBIERTOS

- Anovulación
- Alopecia Androgénica
- Déficit de atención
- Talla corta / Retraso de crecimiento
- Hipoenestrogenismo
- Obesidad / Sobrepeso
- Fatiga crónica
- Menopausia
- Climaterio
- Andropausia
- Eyaculación precoz
- Retraso sexual
- Disfunción erectil
- Disfunción Testicular
- Tratamiento dental
- Control niño sano / control pediátrico
- Chequeo o pruebas a donador
- Gingivitis
- Queratocono
- Problemas de refractarios (miopía, astigmatismo, presbicia, emotropía, etc.)
- Hipogonadismo
- Infertilidad
- Planificación familiar
- Pruebas pre-concepcionales
- Temporomandibular (ATM)
- Control Anual
- Exámenes de carácter preventivo
- Chequeo médico de cualquier índole (matrimonial, ginecológico, oftalmológico, etc.)

DIAGNÓSTICOS QUE REQUIEREN CONFIRMACIÓN DE COBERTURA CON MEDIPRICESOS

- Embarazo en curso
- Pubertad precoz
- Acné
- Astenia
- Exámenes dirigidos a feto
- Pie plano
- Apnea de sueño
- Diagnósticos de tipo congénito o genético
- COVID-19

PRUEBAS SIN COBERTURA

- Espermograma
- Histerosalpingograma
- Hormona Antimülleriana

OTRAS INDICACIONES

PACIENTE

- Presentar carné de identificación físico o APP.
- Presentar DPI (en caso de no contar con el mismo presentar licencia, pasaporte y en último caso carné físico). En caso de menores de edad, presentar documento de la persona encargada.
- **Previo a presentarse al proveedor de su elección, confirme si realiza las pruebas ordenadas en el formulario y si necesita alguna preparación previa.**
- Presentar una de las siguientes opciones:
 - 1. Formulario original:** Requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
 - 2. Autorización:** No requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
 - 3. Código y pin de formulario electrónico:** El formulario está sujeto a revisión por parte del proveedor.

MÉDICO

- Indicar al paciente si necesita alguna preparación previa a la realización de algún examen especial
- Al extender formulario físico cumplir con lo siguiente:
 - 1. Llenar con letra legible**
 - 2. Colocar nombre, firma y sello**

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- Únicamente médicos afiliados a Roblered podrán solicitar procedimientos especiales de diagnóstico
- Solicitar los requisitos que debe presentar el paciente
- Sacar copia de DPI o, en su defecto, copia de otro documento de identificación (En caso de menores de edad, solicitar documento de la persona encargada)