

ORDEN DE LABORATORIO

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. Información que debe de ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

DIAGNÓSTICOS

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

SOLO PUEDE ORDENAR PRUEBAS RELACIONADAS CON LOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS

ESTOS EXAMENES NO REQUIEREN PRE-AUTORIZACIÓN	PRUEBA HEMATOLOGIA		CÓDIGO	RENAL		CÓDIGO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS		CÓDIGO
	Hematología Completa	85031		Ácido Úrico	84555		Digoxina	80162	
	Clasificación de Anemia	85021		Nitrógeno de Urea	84520		Anticuerpo Amebas (HIA)	86753	
	Fórm. Leucocitaria	85009		Creatinina	82565		Anticuerpo Rubéola IGG	86762	
	Glóbulos Blancos	85048		PANCREATICA			Anticuerpo Rubéola IGM	867651	
	Glóbulos Rojos	85041		Glucosa Ayunas	82947		Citomegalovirus IGG	86644	
	Gota Gruesa	87207		Glucosa 2 HPP	82950		Citomegalovirus IGM	86645	
	Hematocrito	85014		Hemoglobina Glicosilada	83036		FTA-abs	86781	
	Hemoglobina	85018		Curva Tolerancia Glucosa 3 horas	82951		Hepatitis B Antígeno	86287	
	Recuento de Eosinófilos	85012		Curva Tolerancia Glucosa 5 horas	829511		Hepatitis B Anticuerpo	86291	
	Recuento de Plaquetas	85595		Curva de Insulina	83525		Herpes Simple IGG	86964	
	Recuento de Reticulocitos	85044		HORMONAS			Herpes Simple IGM	86695	
	Eritrosedimentación	85651		Cortisol am/pm	82529		Helicobacter Pylori	86677	
	Frote Periférico (Todos)	85060		FSH	83001		HIV	86701	
	Grupo RH	86900		Insulina	85085		Inmunología IGG-IGM-IGA	82784	
	Coombs Directo	86880		LH	83002		Inmunología IGE	82785	
	Coombs Indirecto	86886		Prolactina	84146		Hudlesson	86622	
	COAGULACIÓN			Progesterona	84144		Mono Test	86308	
	Fibrinógeno	85384		T3	84480		Torch IGG	800901	
	Crioglobulina	82596		T4	84439		Torch IGM	800903	
	Tiempo Parcial Tromboplastina T.P.T.	85730		TSH	84443		Toxoplasma IGG	86777	
	Tiempo de Protrombina T.P.	85610		Fosfatasa Ácida Prostática	84066		Toxoplasma IGM	86778	
	Tiempo de Sangría	85002		Estradiol	82670		Anticuerpo Cardiolipina	861472	
	UROLOGÍA			ACTH	82024		Dengue IGG / IGM	867901	
	Orina Completa	81000		Gastrina	82941		Anticuerpo Mycoplasma	86738	
	Calcio Orina	82340		Testosterona	84403		MICROBIOLOGIA		
	Albumina	820421		SEROLOGIA			Frote / Cultivo Absceso	870722	
	COPROLOGIA			Anti DNA	86225		F/C Cualquier Región	8707013	
	Heces Completa	87015		Antiestreptolisinas	86060		F/C Espudo Corriente	89359	
	Enema Salino	87177		Complemento (C3-C4)	84100		F/C Gárganta-Nariz	87060	
	P.V.A.	88313		Factor Antinucleico	86038		F/C Heces Directo	87045	
	Sangre Oculta (Guayaco)	82270		Anticuerpos Tiroglobulina	84432		F/C Ziel Neelsen	87206	
	Rotavirus	86759		Anticuerpos Microsomales	84132		F/C Orina	87086	
	Antígeno de Giardía	86674		Latex Globulina α fact. Reumatoideo	86431		F/C Sangre	87040	
	Antígeno Amebiano	86641		RPR / VDRL cardiolipina	86593		KOH / Cultivo Hongos	87102	
	Helicobacter Pylori en Heces	866771		HCG Cualitativa	82085		Clostridium Dific	87230	
	ELECTROLITOS			HCG Cuantitativa	847021		F/C Ojo	87072	
	Calcio	82310		Widal	86768		Frote Gram	87205	
	Cloruros	82435		Proteína C Reactiva	86140		Frote Hongos	871021	
	Fósforo	84100		Anti-Transglutaminasa	86652		VARIOS		
	Litio	80178		Anti-Gliadina	86651		Absorción Xilosa	84620	
	Magnesio	83735		MARCADORES TUMORALES			Ácido Vanil Mandélico	84585	
	Potasio	84132		Antígeno Prostático Especifico PSA	84153		Campo Oscuro	87164	
	Potasio en Orina	84133		Alfa Feto Proteínas EFP	82105		Cálculo Urinario	82360	
	Sodio	84295		Antígeno Carcinoembrionario CEA	82378		Cap. de Saturación de Hierro	83550	
	ENZIMAS			CA-125	86316		Hierro	83540	
	Aldolasa	82085		CA-15-3	86361		Sudor (Na, K, CL)	89360	
	Amilasa	82150		CA-19-9	86362		OTROS		
	Creatin Kinasa Fracción CK-MB	82553		Antígeno Prostático Libre	841531				
	Colinesterasa	82480		HEPATICA					
	TGO	84450		Amonio	86299				
	TGP	84460		Bilirrubina Directa	84077				
	Lipasa	83690		Bilirrubina Total	82250				
	Gamma Glutamil	82977		Proteínas Totales	84155				
	Fosfatasa Alcalina	84075		Albumina	82040				
	Fosfatasa Ácida	84060		DROGAS					
	LÍPIDOS			Ácido Valproico	80164				
	Colesterol	82465		Carbamazepina	80156				
	HDL-Chol	83718		Fenitoína	80185				
	LDL-Chol	83721		Fenobarbital	80184				
	VLDL CHOL	83719		Teofilina	80198				
	Triglicéridos	84478							

NÚMERO DE PRUEBAS ORDENADAS _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

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.

ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE SU EMISIÓN

“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
- Hipotiroidismo
- 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, emetropía, 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)