

ORDEN DE RADIOLOGÍA

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO _____

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 a ser completada por el Médico

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

DIAGNÓSTICOS

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

SOLO PUEDE ORDENAR EXÁMENES RELACIONADAS CON LOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO		DESCRIPCIÓN	CÓDIGO		DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	
CRANEO			SISTEMA BILIAR					
Cráneo 3 proyecciones	70250		Colecistograma Oral	74290		Mano AP	73120	
Senos 3 Vistas	70220		Colang. Endovenoso	74310		Mano AP, Lat., Oblic.	73130	
Nasofaringe lateral	70370		SISTEMA URINARIO			Rodilla AP y Lat.	73570	
Mandíbula 3 Vistas	70110		Pielograma I.V.	74440		Muslo AP y Lat.	73590	
Huesos propios de la Nariz	70160		Pielograma Hiper	74405		Pierna AP y Lat.	735902	
Arcos Cigomático	70144		Pielograma Retro.	74420		Tobillo AP y Lat.	73600	
Órbitas	70150		Cistograma Miccio	74430		Pie AP y Lat.	736201	
Arterio Temporo Mandibular	70330		Uretrograma	74455		Pie AP y Lat., Oblic.	73630	
Silla Turca	70240		COLUMNA VERTEBRAL			Hombro Rotación	73038	
TORAX			Pelvis AP	72170		Hombro AP y Lat.	73030	
Tórax PA	71010		Caderas AP, P. de Rana	73540		OTROS		
Tórax PA y Lat	71020		Sacro AP y Lat.	72220		Pelvimetría	74710	
Clavicula	73000		Cervical AP y Lat.	72040		Fluoroscopia	76000	
Parrilla un Lado	71100		Cerv. AP, Lat. y Oblic.	72050		Escanograma	76040	
ABDOMEN			Lumbar AP, Lat. y Obl.	72110		Mamografía	76091	
AP o Decúbito	74020		Lumb-Sacro AP y Lat.	72100		Venograma	75820	
Con Placa Adicional	74010		Lumb-Sacro AP, Lat. Obl.	72052		Electrocardiograma	93000	
Abdomen AP y Lat	74000		Flexión y Extensión	72070		Tomografía de Senos Paranasales	70486	
SISTEMA GASTROINTESTINAL			Dorsal AP y Lat.	72070		Electroencefalograma	92275	
Esofagograma	74220		Cervical AP, Lat, Obl.	72050		Ultrasonido ***	76506	
Serie Gastro Duodenal	74240		Flexión y Extensión			Indicar Región:		
Serie Gastro Intestinal	74245		EXTREMIDADES					
Enema Bario Simple	74270		Húmero AP y Lat.	73060				
Enema Bario Doble	74280		Codo AP y Lat.	73070				
			Muñeca AP y Lat.	73100				
			Antebrazo AP y Lat.	73090				

**NOTA: EL ULTRASONIDO OBSTÉTRICO SI REQUIERE DE PREVIA AUTORIZACIÓN

NÚMERO DE PRUEBAS ORDENADAS _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

COLEGIADO NO. _____

TELÉFONO _____

FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:
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
- Hipoestrogenismo
- 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 (miopia, astigmatismo, presbicia, emotropia, etc.)
- Hipogonadismo
- Infertilidad
- Planificación familiar
- Pruebas pre-concepcionales
- Temporo Mandibular (ATM)
- Control Anual
- Exámenes de carácter preventivo
- Chequeo médico de cualquier índole (matrimonial, ginecológico, oftalmologico, 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 Antimulleriana

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)