

**SOLICITUD PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO**

**OBSERVACION:** Este formulario debe ser completado por el medico especialista que solicite el examen. El examen debe ser aprobado por un medico autorizado por LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.

Contratante: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_ No. Certificado: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: (si aplica): \_\_\_\_\_  
Diagnostico: \_\_\_\_\_

Fecha de la 1ª consulta relacionada con diagnostico anterior: \_\_\_\_\_

Nombre de médicos que remiten al paciente: \_\_\_\_\_

Según su opinión cuando comenzó esta enfermedad: \_\_\_\_\_

Examen solicitado (Adjunte informe de estudios previos): \_\_\_\_\_

Costo del examen \$ \_\_\_\_\_

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

Fecha programada para el examen: \_\_\_\_\_ lugar: \_\_\_\_\_

Ambulatorio  hospitalario

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

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

Para uso de LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Aprobado Si  No

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Medico Asesor

**EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO.**

- |                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| Arteriografías Cerebrales      | Prueba de esfuerzos                       | Tomografía Axial Computarizada           |
| Centelleos Cerebrales          | Holter                                    | Exámenes de Resonancia Magnética         |
| Cisternografías                | Ecocardiograma                            | Prueba de Alergias                       |
| Muga en esfuerzo               | Endoscopias Digestivas                    | Electroencefalogramas                    |
| Muga en Reposo                 | Resonancia Magnética (M.R.I.)             | Electromiograma                          |
| Estudios con Tallium           | Pruebas Nucleares                         | Estudios Periferovasculares no invasivos |
| Cariotipo en liquido Amniótico | Procedimientos Cardiovasculares invasivos | Electroencefalograma de 24 horas         |
| Sonografía                     |   |  |

Recibido por: \_\_\_\_\_