

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMENES ESPECIALES

Observaciones: Para exámenes especiales, deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico especialista que solicita el examen con cinco días de anticipación.

| 1. DATOS GENERALES: | |
|---|--------------|
| Contratante: | |
| Póliza: | Certificado: |
| Asegurado Titular: | |
| Paciente: | |
| Parentesco: | |
| Fecha de Vigencia: | |
| 2. INFORMACION SOBRE PADECIMIENTO Y EXAMEN SOLICITADO | |
| Diagnóstico Principal: | |
| Diagnóstico secundario: | |
| Examen solicitado: (Adjunte Informe de estudios previos) | |
| Razón por la cual solicita el examen: | |
| Fecha programada para el examen: | Lugar: |
| <p>_____</p> <p>Firma y sello de médico tratante</p> <p>_____</p> <p>Fecha</p> <p>_____</p> <p>Firma y sello de Asegurado</p> <p>_____</p> <p>Email donde remitir respuesta</p> | |

Para uso de Atlántida Vida, Seguros de personas, S.A:

| | | |
|-----------------------|--------|---------------------|
| Aprobado: | Si () | No () |
| Observaciones: | | |
| _____ | | _____ |
| Firma de autorización | | Fecha de resolución |

Exámenes especiales de Diagnostico son los que se mencionan a continuación, pero no se limitan a:

| | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Arteriografías cerebrales | Electroencefalogramas | Muga en reposo |
| Cariotipo | Electromiograma | Prueba de esfuerzo |
| Cariotipo en líquido amniótico | Endoscopías digestivas | Pruebas cutáneas de alergia |
| Centellogramas | Estudios con Tallium | Pruebas nucleares |
| Cisternografías | Estudios vasculares no invasivos | Resonancia magnética (M.R.I.) |
| Colonoscopia | Muga en esfuerzo | Tomografía Axial Computarizada |
| Ecocardiograma | Holter | Sonografía |