

Solicitud de Autorización para Transportación Médica

MES DÍA AÑO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

DIRECCIÓN

PLAN MÉDICO

- ☐ Constellation Health
☐ Humana
☐ MCS
☐ ACAA
☐ CFSE
☐ Triple-S
☐ Otro

TELÉFONO

NÚMERO DE CONTRATO

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE SOLICITA

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO

NÚMERO DE PROVEEDOR (NPI)

FIRMA DEL MÉDICO

NÚMERO DE LICENCIA

INFORMACIÓN DEL SERVICIO QUE SOLICITA

TIPO DE SERVICIO

- ☐ DIÁLISIS
☐ RADIOTERAPIA
☐ QUIMIOTERAPIA
☐ CÁMARA HIPERBÁRICA
☐ CITA MÉDICA
☐ OTRO

PERIODO DE SERVICIO

DESDE

MES

DÍA

AÑO

HASTA

MES

DÍA

AÑO

FRECUENCIA DE SERVICIO

- ☐ UNA VEZ
☐ DIARIO
☐ VECES A LA SEMANA
☐ OTRO

ICD-10 / DIAGNÓSTICO

NOMBRE DE LA FACILIDAD MÉDICA DEL SERVICIO

RAZÓN QUE JUSTIFICA EL SERVICIO