

Exclusivo para Transcita



____ / ____ / ____
 Mes Día Año

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA TRANSPORTACION NO EMERGENTE

Información del Paciente		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Dirección	Número de Contrato	Plan Medico
Teléfono		
Información del Médico que solicita		
Nombre y Apellido del Médico	Número de Proveedor (NPI)	
Firma del Médico	Número de Licencia	
Data Clínica		
Tratamiento	Periodo de Tratamiento	Diagnostico
<input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Cámara Hiperbárica <input type="checkbox"/> Cita Médica <input type="checkbox"/> Otro _____	Desde: ____ / ____ / ____ Mes Día Año Hasta: ____ / ____ / ____ Mes Día Año	
	Frecuencia de Servicio	ICD-10
	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Tres veces a las semana <input type="checkbox"/> Otro _____	
Razón que justifica el servicio:		
* * *		
Esta solicitud deberá ser enviada vía fax 787-771-6901 o vía email operations@transcita.com Teléfono 787-771-6900		