

MES	DÍA	AÑO

Solicitud de Autorización para Transportación no Emergente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE

DIRECCIÓN FÍSICA

PLAN MÉDICO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Constellation Health | <input type="checkbox"/> Molina Healthcare (PSG) |
| <input type="checkbox"/> First Medical (PSG) | <input type="checkbox"/> PMC (Advantage) |
| <input type="checkbox"/> Humana (Advantage) | <input type="checkbox"/> PMC (PSG) |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare | <input type="checkbox"/> Triple S (PSG) |
| <input type="checkbox"/> MMM (Advantage) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> MMM (PSG) | |

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 EN SEMANA
- OTRO

ICD-10 / DIAGNÓSTICO

NOMBRE DE LA FACILIDAD MÉDICA DEL SERVICIO

RAZÓN QUE JUSTIFICA EL SERVICIO