



Producto Exclusivo de:



Verificación Electrónica No. _____

ORDEN DE RADIOLOGÍA

SECCION A. Información a ser completada por del Paciente

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____
1ER. NOMBRE _____ 2DO. NOMBRE _____ 1ER APELLIDO _____ 2DO. APELLIDO _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____
1ER. NOMBRE _____ 2DO. NOMBRE _____ 1ER APELLIDO _____ 2DO. APELLIDO _____

EDAD _____ EMPRESA / PLAN _____

CARNÉ _____
(sin guiones)

SECCION B. Información a ser completada por el Médico

1. FECHA DE EMISION DE SOLICITUD _____ FECHA ESTIMADA INICIO ENFERMEDAD _____

2. DIAGNÓSTICOS 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

SOLO PUEDE ORDENAR EXÁMENES RELACIONADAS CON LOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
CRANEO		SISTEMA BILIAR		Mano AP	73120
Cráneo 3 proyecciones	70250	Colecistograma Oral	74290	Mano AP, Lat., Oblic.	73130
Senos 3 Vistas	70220	Colang. Endovenoso	74310	Rodilla AP y Lat.	73570
Nasofaringe Lateral	70370	SISTEMA URINARIO		Muslo AP y Lat.	73590
Mandíbula 3 Vistas	70110	Pielograma I.V.	74440	Pierna AP y Lat.	735902
Huesos propios de la Nariz	70160	Pielograma Hiper	74405	Tobillo AP y Lat.	73600
Arcos Cigomático	70144	Pielograma Retro.	74420	Pie AP y Lat.	736201
Órbitas	70150	Cistograma Miccio	74430	Pie AP, y Lat., Oblic.	73630
Arterio Temporo Mandibular	70330	Uretrograma	74455	Hombro Rotación	73038
Silla Turca	70240	COLUMNA VERTEBRAL		Hombro AP y Lat.	73030
TORAX		Pelvis AP	72170	OTROS	
Tórax PA	71010	Caderas AP, P. de Rana	73540	Pelvimetría	74710
Tórax PA y Lat	71020	Sacro AP y Lat.	72220	Fluoroscopia	76000
Clavícula	73000	Cervical AP y Lat.	72040	Escanograma	76040
Parilla un Lado	71100	Cerv. AP, Lat. y Oblic.	72050	Mamografía	76091
ABDOMEN		Lumbar AP, Lat. y Obl.	72110	Venograma	75820
AP o Decubito	74020	Lumb-Sacro. AP Y Lat	72100	Electrocardiograma	93000
Con Placa Adicional	74010	Lumb-Sacro AP. Lat. Obl.		Tomografía de Senos	
Abdomen AP y Lat	74000	Flexión y Extensión	72052	Paranasales	70486
		Dorsal AP y Lat.	72070	Electroencefalograma	92275
SISTEMA GASTROINTESTINAL		Cervical AP, Lat, Obl, Flexión y Extensión	72050	Ultrasonido ***	76506
Esofagograma	74220	EXTREMIDADES		Indicar Región:	
Serie Gastro Duodenal	74240	Húmero AP y Lat.	73060		
Serie Gastro Intestinal	74245	Codo AP y Lat.	73070		
Enema Bario Simple	74270	Muñeca AP y Lat.	73100		
Enema Bario Doble	74280	Antebrazo AP y Lat.	73090		

*** NOTA: EL ULTRASONIDO OBSTÉTRICO **SI** REQUIERE DE PREVIA AUTORIZACIÓN

NÚMERO DE PRUEBAS ORDENADAS

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:

TODO EXAMEN DE RADIOLOGÍA DEBE SER REALIZADO EN UN CENTRO DE DIAGNÓSTICO AFILIADO A RPN
INDICAR AL PACIENTE SI NECESITA ALGUNA PREPARACIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DE ALGÚN EXAMEN ESPECIAL
ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPN PODRÁN SOLICITAR PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA
ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE SU EMISIÓN

ESTOS EXÁMENES NO REQUIEREN PRE-AUTORIZACION

RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL PACIENTE

- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.
- Cualquier orden alterada **NO** será tramitada.
- Para consultar los proveedores afiliados a la Red de Proveedores Negociados RPN visite www.rpnglobal.com