



Verificación Electrónica No. _____

ORDEN DE RADIOLOGÍA

SECCION A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO ELECTRÓNICO:	No. CELULAR:		
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
EDAD	EMPRESA / PLAN		
CARNÉ	DPI:		
(sin guiones)			

SECCION B. Información a ser completada por el Médico

1. FECHA DE EMISIÓN 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
Orbitas	70150	Cirstograma 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	Fluoroscopía	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	
Flexión y Extención		Flexión y Extención	72052	Paranasales	70486
Abdomen AP y Lat	74000	Dorsal AP y Lat.	72070	Electroencefalograma	92275
SISTEMA GASTROINTESTINAL		Cervical AP, Lat, Obl. Flexión y Extención	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	<input type="text"/>	
NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE		
COLEGIADO No.	TELÉFONO	FAX
CORREO ELECTRÓNICO		
FIRMA Y SELLO		

IMPORTANTE:

MEDIANTE EL USO Y PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO OTORGO AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, LABORATORIO, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y OTRAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONE A SEGUROS EL ROBLE S. A. Y/O AL CONTRATANTE, CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS) CON RESPECTO A TRATAMIENTOS O SERVICIOS PRESTADOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES.

ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE SU EMISIÓN

VER OBSERVACIONES AL REVERSO
FECHA DE IMPRESIÓN 07/06/2022

ROB. RX. 04

"Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los Médicos, Hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a SEGUROS EL ROBLE, S.A., cualquier información relacionada con el expediente médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente. Asimismo, declaro estar enterado de la aplicación del Artículo 915 (Extinción de Responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala"

PUNTOS A CONSIDERAR PARA PRESTAR EL SERVICIO:

DIAGNÓSTICOS NO CUBIERTOS

- Anovulación
- Alopecia Androgénica
- Déficit de atención
- Talla corta / Retraso de crecimiento
- Hipoestrogenismo
- Obesidad / Sobre peso
- Fatiga crónica
- Menopausia
- Climaterio
- Andropausia
- Eyaculación precoz
- Retraso sexual
- Disfunción eréctil
- Disfunción Testicular
- Tratamiento dental
- Control niño sano / control pediátrico
- Chequeo o pruebas a donador
- Gingivitis
- Queratocono
- Problemas de refractarios (miopía, astigmatismo, presbicia, emotropía, etc.)
- Hipogonadismo
- Infertilidad
- Planificación familiar
- Pruebas pre-concepcionales
- Disfunción Articulación Temporo Mandibular (ATM)
- Control Anual
- Exámenes de carácter preventivo
- Chequeo médico de cualquier índole (matrimonial, ginecológico, oftalmológico, etc.)

DIAGNÓSTICOS QUE REQUIEREN CONFIRMACIÓN DE COBERTURA CON MEDIPROCESOS

- Embarazo en curso
- Pubertad precoz
- Acné
- Astenia
- Exámenes dirigidos a feto
- Pie plano
- Apnea de sueño
- Diagnósticos de tipo congénito o genético
- COVID-19

PRUEBAS SIN COBERTURA

- Espermograma
- Histerosalpingograma
- Hormona Antimülleriana

OTRAS INDICACIONES

Paciente

- Todo examen de radiología debe ser realizado por un proveedor afiliado a Roblered.
- Presentar carné de identificación físico o APP.
- Presentar DPI (en caso de no contar con el mismo presentar licencia, pasaporte y en último caso carné físico) En caso de menores de edad, presentar documento de la persona encargada.
- **Previo a presentarse al proveedor de su elección, confirme si realiza las pruebas ordenadas en el formulario y si necesita alguna preparación previa.**
- Presentar una de las siguientes opciones:
 - ✓ Formulario original: Requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
 - ✓ Autorización: No requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
 - ✓ Código y pin de formulario electrónico: El formulario está sujeto a revisión por parte del proveedor.

Médico

- Indicar al paciente si necesita alguna preparación previa a la realización de algún examen especial.
- Al extender formulario físico cumplir con lo siguiente
 - Llenar con letra legible
 - Colocar nombre, firma y sello.

Centro de Diagnóstico

- Únicamente médicos afiliados a Roblered podrán solicitar procedimientos de radiología.
- Solicitar los requisitos que debe presentar el paciente.
- Sacar copia de DPI o, en su defecto, copia de otro documento de identificación. (En caso de menores de edad, solicitar documento de la persona encargada).