



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	1ER APELLIDO	2DO. APELLIDO
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE	1ER APELLIDO	2DO. APELLIDO
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
<b>CRANEO</b>		<b>SISTEMA BILIAR</b>		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	<b>SISTEMA URINARIO</b>		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	<b>COLUMNA VERTEBRAL</b>		Hombro AP y Lat.	73030
<b>TORAX</b>		Pelvis AP	72170	<b>OTROS</b>	
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
<b>ABDOMEN</b>		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. Flexión y Extención	72052	Tomografía de Senos Paranasales	70486
Abdomen AP y Lat	74000	Dorsal AP y Lat.	72070	Electroencefalograma	92275
<b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		Cervical AP, Lat, Obl. Flexión y Extención	72050	Ultrasonido *** Indicar Región:	76506
Esofagograma	74220	<b>EXTREMIDADES</b>			
Serie Gastro Duodenal	74240	Húmero AP y Lat.	73060		
Serie Gastro Intestinal	74245	Codo AP y Lat.	73070		
Enema Barrio Simple	74270	Muñeca AP y Lat,	73100		
Enema Barrio 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:**

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 (miopia, astigmatismo, presbicia, emotropia, 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).