

**SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS  
FORMULARIO ORDEN PARA EXAMENES ESPECIALES**



RESPONDER AL FAX: \_\_\_\_\_  
(FAX LABORATORIO)

PRECERTIFICAR EL(LOS) EXAMEN(ES) AL EMAIL: **asistencia.medica@segurosazul.com** TELEFONO ASISTENCIA: **2 299-3090**

**IIIMPORTANTE: PREVIA AUTORIZACIÓN MEDIANTE ESTE FORMULARIO, EL ASEGURADO SERA RESPONSABLE DE PAGAR EL COASEGURO, SEGÚN SEA AUTORIZADO POR SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS Y/O ASISTENCIA MEDICA DE SEGUROS AZUL .**

Póliza No.: \_\_\_\_\_ Cert. No.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Contratante (aplica en pólizas colectivas): \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado principal: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico (s): \_\_\_\_\_

Según su opinión ¿cuándo inició la enfermedad?: \_\_\_\_\_

Historia clínica: \_\_\_\_\_

RESONANCIA MAGNETICA CLASICA		RESONANCIA MAGNETICA ESPECIALIZADA		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA	
<input type="checkbox"/>	CEREBRO	<input type="checkbox"/>	MRI FUNCIONAL	<input type="checkbox"/>	CRANEO (Cerebro, Cerebelo)
<input type="checkbox"/>	COLUMNA TOTAL	<input type="checkbox"/>	ESPECTROSCOPIA	<input type="checkbox"/>	TORAX
<input type="checkbox"/>	COLUMNA CERVICAL	<input type="checkbox"/>	DIFUSION	<input type="checkbox"/>	ABDOMEN
<input type="checkbox"/>	COLUMNA DORSAL	<input type="checkbox"/>	PERFUSION	<input type="checkbox"/>	PELVIS
<input type="checkbox"/>	COLUMNA LUMBAR	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ORBITAS
<input type="checkbox"/>	HOMBRO DERECHO	<input type="checkbox"/>	ANGIO RM	<input type="checkbox"/>	SENOS PARANASALES
<input type="checkbox"/>	HOMBRO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/>	CEREBRO	<input type="checkbox"/>	OIDOS
<input type="checkbox"/>	CODO DERECHO	<input type="checkbox"/>	CAROTIDAS	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	CODO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/>	AORTICA	<input type="checkbox"/>	ANGIO TAC
<input type="checkbox"/>	MUÑECA	<input type="checkbox"/>	RENAL	<input type="checkbox"/>	CEREBRAL
<input type="checkbox"/>	CADERA	<input type="checkbox"/>	CUERPO TOTAL	<input type="checkbox"/>	CAROTIDAS
<input type="checkbox"/>	RODILLA DERECHA	<input type="checkbox"/>	MRI. VASC. PERIFERICO	<input type="checkbox"/>	RENAL
<input type="checkbox"/>	RODILLA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/>	COLANGIO RESONANCIA	<input type="checkbox"/>	RECONSTRUCCIONES 3D Y 4D
<input type="checkbox"/>	TOBILLO DERECHO			<input type="checkbox"/>	COLUMNA CERVICAL
<input type="checkbox"/>	TOBILLO IZQUIERDO			<input type="checkbox"/>	COLUMNA DORSAL
<input type="checkbox"/>	MAMA	<b>ULTRASONOGRAFIA</b>		<input type="checkbox"/>	COLUMNA LUMBAR
<input type="checkbox"/>	PROSTATA			<input type="checkbox"/>	PROTOCOLO DENTAL ¿Panorámica?
<input type="checkbox"/>	TORAX			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ABDOMEN	<b>MAMOGRAFIA</b>		<input type="checkbox"/>	OTROS:
<input type="checkbox"/>	PELVIS			<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	MRI INVESTIGACIÓN GANGLIONAR			<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	MRI HIPOFISIS (FOSA POSTERIOR)	<b>RAYOS X CONVENCIONAL</b>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	MRI INVESTIGACIÓN QUIASMA OPTICO			<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	MRI OTROS:			<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	_____

NOMBRE DEL MEDICO \_\_\_\_\_ JVPM \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

**PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS Y/O ASISTENCIA MEDICA DE SEGUROS AZUL**