



ORDEN DE LABORATORIO

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____ 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

SECCIÓN B. Información que debe de ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

DIAGNÓSTICOS 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

SOLO PUEDE ORDENAR PRUEBAS RELACIONADAS CON LOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS

ESTOS EXAMENES NO REQUIEREN PRE-AUTORIZACIÓN

PRUEBA HEMATOLOGIA	CÓDIGO	RENAL	CÓDIGO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	CÓDIGO
Hematología Completa	85031	Ácido Úrico	84555	Digoxina	80162
Clasificación de Anemia	85021	Nitrógeno de Urea	84520	Anticuerpo Amebas (HIA)	86753
Fórm. Leucocitaria	85009	Creatinina	82565	Anticuerpo Rubéola IGG	86762
Glóbulos Blancos	85048	PANCREÁTICA		Anticuerpo Rubéola IGM	867651
Glóbulos Rojos	85041	Glucosa Ayunas	82947	Citomegalovirus IGG	86644
Gota Gruesa	87207	Glucosa 2 HPP	82950	Citomegalovirus IGM	86645
Hematocrito	85014	Hemoglobina Glicosilada	83036	FTA-abs	86781
Hemoglobina	85018	Curva Tolerancia Glucosa 3 horas	82951	Hepatitis B Antígeno	86287
Recuento de Eosinófilos	85012	Curva Tolerancia Glucosa 5 horas	829511	Hepatitis B Anticuerpo	86291
Recuento de Plaquetas	85595	Curva de Insulina	83525	Herpes Simple IGG	86964
Recuento de Reticulocitos	85044	HORMONAS		Herpes Simple IGM	86695
Eritrosedimentación	85651	Cortisol am/pm	82529	Helicobacter Pylori	86677
Frote Periférico (Todos)	85060	FSH	83001	HIV	86701
Grupo RH	86900	Insulina	85085	Inmunología IGG-IGM-IGA	82784
Coombs Directo	86880	LH	83002	Inmunología IGE	82785
Coombs Indirecto	86886	Prolactina	84146	Hudlesson	86622
COAGULACIÓN		Progesterona	84144	Mono Test	86308
Fibrinógeno	85384	T3	84480	Torch IGG	800901
Crioglobulina	82596	T4	84439	Torch IGM	800903
Tiempo Parcial Tromboplastina T.P.T.	85730	TSH	84443	Toxoplasma IGG	86777
Tiempo de Protrombina T.P.	85610	Fosfatasa Ácida Prostática	84066	Toxoplasma IGM	86778
Tiempo de Sangría	85002	Estradiol	82670	Anticuerpo Cardiolipina	861472
UROLOGÍA		ACTH	82024	Dengue IGG / IGM	867901
Orina Completa	81000	Gastrina	82941	Anticuerpo Mycoplasma	86738
Calcio Orina	82340	Testosterona	84403	MICROBIOLOGIA	
Albumina	820421	SEROLOGIA		Frote / Cultivo Absceso	870722
COPROLOGIA		Anti DNA	86225	F/C Cualquier Región	8707013
Heces Completa	87015	Antiestreptolisinas	86060	F/C Espudo Corriente	89359
Enema Salino	87177	Complemento (C3-C4)	84100	F/C Gárganta-Nariz	87060
P.V.A.	88313	Factor Antinucleico	86038	F/C Heces Directo	87045
Sangre Oculta (Guayaco)	82270	Anticuerpos Tiroglobulina	84432	F/C Ziel Neelsen	87206
Rotavirus	86759	Anticuerpos Microsomales	84132	F/C Orina	87086
Antígeno de Giardia	86674	Latex Globulina a fact. Reumatoideo	86431	F/C Sangre	87040
Antígeno Amebiano	86641	RPR / VDRL cardiolipina	86593	KOH / Cultivo Hongos	87102
Helicobacter Pylori en Heces	866771	HCG Cualitativa	82085	Clostridium Dific	87230
ELECTROLITOS		HCG Cuantitativa	847021	F/C Ojo	87072
Calcio	82310	Widal	86768	Frote Gram	87205
Cloruros	82435	Proteína C Reactiva	86140	Frote Hongos	871021
Fósforo	84100	Anti-Transglutaminasa	86652	VARIOS	
Litio	80178	Anti-Gliadina	86651	Absorción Xilosa	84620
Magnesio	83735	MARCADORES TUMORALES		Ácido Vanil Mandélico	84585
Potasio	84132	Antígeno Prostático Especifico PSA	84155	Campo Oscuro	87164
Potasio en Orina	84133	Alfa Feto Proteínas EFP	82105	Cálculo Urinario	82360
Sodio	84295	Antígeno Carcinoembrionario CEA	82378	Cap. de Saturación de Hierro	83550
ENZIMAS		CA-125	86316	Hierro	83540
Aldolasa	82085	CA-15-3	86361	Sudor (Na, K, CL)	89360
Amilasa	82150	CA-19-9	86362	OTROS	
Creatin Kinasa Fracción CK-MB	82553	Antígeno Prostático Libre	841551		
Colinesterasa	82480	HEPÁTICA			
TGO	84450	Amonio	86299		
TGP	84460	Bilirrubina Directa	84077		
Lipasa	83690	Bilirrubina Total	82250		
Gamma Glutamil	82977	Proteínas Totales	84155		
Fosfatasa Alcalina	84075	Albumina	82040		
Fosfatasa Ácida	84060	DROGAS			
LIPIDOS		Ácido Valproico	80164		
Colesterol	82465	Carbamazepina	80156		
HDL-Chol	83718	Fenitoína	80185		
LDL-Chol	83721	Fenobarbital	80184		
VLDL CHOL	83719	Teofilina	80198		
Triglicéridos	84478				

NÚMERO DE PRUEBAS ORDENADAS _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO NO. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:

****ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN****

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

“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 / Sobrepeso
- Fatiga crónica
- Menopausia
- Climaterio
- Andropausia
- Eyaculación precoz
- Retraso sexual
- Disfunción erectil
- 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
- 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 MEDIPRICESOS

- 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 Antimulleriana

OTRAS INDICACIONES

PACIENTE

- 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:
 - 1. Formulario original:** Requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
 - 2. Autorización:** No requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
 - 3. 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:
 - 1. Llenar con letra legible**
 - 2. Colocar nombre, firma y sello**

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- Únicamente médicos afiliados a Roblered podrán solicitar procedimientos especiales de diagnóstico
- 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)