



EL ROBLE

Asegura lo que más quieres

Verificación Electrónica No. _____

ORDEN DE RADIOLOGÍA

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) 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

SECCIÓN B. Información a ser completada por el Médico

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

DIAGNÓSTICOS 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

SOLO PUEDE ORDENAR EXÁMENES RELACIONADAS CON LOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS

ESTOS EXÁMENES NO REQUIEREN PRE-AUTORIZACIÓN

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

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

NÚMERO DE PRUEBAS ORDENADAS _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

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

ROB. RX. 04

VER OBSERVACIONES AL REVERSO
FECHA DE IMPRESIÓN 20/01/2025

"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
- Hipogonadismo
- 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)