



SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS E INCLUIR LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

Una vez completado, envíe el formulario por fax a uno de los siguientes números:

FAX PARA PACIENTES AMBULATORIOS: 303-602-2128

FAX PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS: 303-602-2127 FAX URGENTE: 303-602-2160

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100.

PRIORIDAD DE LA SOLICITUD (elegir una opción): Estándar O Retrospectiva O Urgente O

- ☐ **PARA SOLICITUDES URGENTES, MARCAR UNA DE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN PARA CERTIFICAR QUE LA CONDICIÓN DEL MIEMBRO CUMPLE CON UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:**

Nota: Las solicitudes urgentes pueden reducirse a estándares si no cumplen al menos uno de los criterios mencionados a continuación.

- ☐ Pone gravemente en peligro la vida o la salud del miembro.
- ☐ Pone gravemente en peligro la capacidad del inscrito para alcanzar, mantener o recuperar la máxima función.
- ☐ La condición somete a la persona a un dolor que no se puede controlar.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)
--	--

Núm. de id. del miembro	Médico de atención primaria del miembro
-------------------------	---

Sexo asignado al miembro al nacer: Masculino ☐ Femenino ☐

PEDIDO/SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR:

Nombre del proveedor	Contacto en el consultorio del proveedor	Centro que realiza la solicitud
----------------------	--	---------------------------------

Núm. de identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del proveedor	Núm. de teléfono del proveedor	Núm. de fax del proveedor
---	--------------------------------	---------------------------

Continuar a la página siguiente>>

INFORMACIÓN SOBRE EL CENTRO/PROVEEDOR DE SERVICIOS:

Especialidad	Nombre del centro	Nombre del contacto
Núm. de teléfono	Núm de fax	Núm. de id. fiscal
Núm. de NPI		

Servicios solicitados: Servicio para pacientes hospitalizados ☐
Servicio para pacientes ambulatorios ☐

Equipo médico durable (durable medical equipment, DME):

Alquiler ☐ Compra ☐

Fecha de comienzo de la atención domiciliaria (MM/DD/AAAA)

Códigos de diagnóstico CIE 10:

--	--	--	--	--	--

Se deben completar todos los campos de la columna. NO DEJAR EN BLANCO.

Descripción del servicio solicitado	Código de Terminología de Procedimientos Actual (Current Procedural Terminology, CPT)/ HCPCS	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Unidades/ días/visitas

Diagnóstico del paciente y códigos de diagnóstico CIE:

Medicamentos solicitados (con código J, si corresponde):

Dosis/vía/frecuencia del medicamento:

Nuevo comienzo: ☐ Solicitud de renovación ☐

Fecha de inicio y duración de la terapia:

Lugar del tratamiento: (p. ej., consultorio del proveedor, centro, atención domiciliaria, etc.),
incluido el nombre, el NPI tipo 2 (si corresponde), el domicilio y la id. tributaria:

Criterios clínicos para la aprobación, incluida otra información pertinente para respaldar la solicitud:

Medicaciones probadas, nombres, duración y respuesta del paciente: