

**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     Retrospectiva     Urgente

   **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
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

## **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 <input type="radio"/> Servicio para pacientes ambulatorios <input type="radio"/>		
Equipo médico durable (durable medical equipment, DME):		
Alquiler <input type="radio"/>	Compra <input type="radio"/>	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.**

**\*\*\*\*\* SOLO PARA MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS MÉDICAMENTE \*\*\*\*\***

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: