



**EL ROBLE**  
SEGUROS Y FIANZAS

**ROBLERED**

**ORDEN EXAMENES ESPECIALES, RADIOLOGIA, LABORATORIOS**

SECCION - A - (DEBE SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO)	
Póliza No.:	Certificado No.:
Nombre del Asegurado:	Edad:
Nombre del Dependiente:	
Parentesco:	Edad:
Por este medio autorizo a cualquier médico, hospital, laboratorio y otras instituciones que proporcionen a Seguros El Roble, S. A. cualquier información (incluyendo copia exacta de sus archivos) con respecto a tratamientos o servicios prestados a mi persona o mis dependientes.	
Fecha:	Firma del Asegurado

SECCION - B - (DEBE SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE)	
Nombre del Paciente:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de la Primera Consulta:	
Diagnóstico Inicial o Impresión Clínica:	
Según su opinión, ¿Qué tiempo de evolución tiene la lesión o enfermedad diagnosticada?	
Es de Orden:	
Adquirido <input type="checkbox"/>	Congénito/Genético <input type="checkbox"/> Accidental <input type="checkbox"/>
Exámenes Ordenados:	
(Indicar en la parte de atrás)	Radiología <input type="checkbox"/> Laboratorios <input type="checkbox"/>
Exámenes Especiales:	
Ultrasonido <input type="checkbox"/>	Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Tomografía <input type="checkbox"/>
Resonancia Magnética <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/> Electroencefalograma <input type="checkbox"/>
Electromiograma <input type="checkbox"/>	Cistouretroscopia <input type="checkbox"/> Pruebas de Esfuerzo <input type="checkbox"/>
Colonoscopia <input type="checkbox"/>	Gastroscopia <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>
Descripción:	
Nombre del Médico Tratante:	
Colegiado No.:	Teléfono:
Proveedor Afiliado donde se efectuará los exámenes:	
Fecha:	
Firma y Sello del Médico Tratante	



