

Solicitud de autorización previa para pruebas genéticas y moleculares

La autorización previa automática en Internet está disponible para algunas pruebas. Puede ingresar al Portal de Proveedor Availity en **Availity.com** para un listado de cuestionarios disponibles. Si el cuestionario adecuado no está disponible, por favor complete este formulario.

Datos demográficos del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de Id. de Humana del paciente: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Proveedor solicitante:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Id. fiscal/NPI: _____ Número de fax: _____

Laboratorio que realiza las pruebas/proveedor que ofrece el servicio

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Id. fiscal/NPI: _____ Número de fax: _____

Proveedor que factura/laboratorio referido (si es diferente del proveedor que ofrece el servicio)

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Id. fiscal/NPI: _____ Número de fax: _____

Prueba solicitada

Fecha del servicio: _____ Id. de la prueba: _____

Nombre de la prueba: _____

Diagnóstico: _____

Códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés): _____

Códigos CPT: _____

Historial del paciente (incluyendo la edad al momento del diagnóstico):

Historial familiar, incluyendo la edad al momento del diagnóstico, disponibilidad para las pruebas (por ejemplo, familiar fallecido, no acepta la prueba o el paciente no está en contacto con el familiar afectado) y cualquier prueba genética realizada en un familiar (adjunte la genealogía si está disponible).

Otros hallazgos o pruebas completadas (pruebas genéticas anteriores para la condición):

¿Cómo se usará la prueba en relación con el tratamiento o manejo del paciente?

¿La prueba solicitada forma parte de un estudio clínico? (Circule uno) **Sí No**

Si la respuesta es Sí, por favor provea el número de registro o de identificación del estudio específico para el que se hace esta prueba (por ejemplo, el Identificador de ClinicalTrials.gov: NCT12345678):

Persona que completa el formulario:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Facilidad: _____