

Florida Complete Care  
P.O. Box 261060 Miami,  
Florida 33126 FAX:  
305-675-6138

Estándar

Rápido\*

*Al marcar esta opción, certifico que al solicitar el plazo de revisión de 72 horas estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del paciente o la capacidad del paciente para recuperar la función máxima.*

**Si se trata de una solicitud de reautorización de una solicitud aprobada previamente que ha vencido, proporcione el número de autorización.**

Complete **todas las secciones** con letra legible.

Fecha de solicitud:			
Información del afiliado			
Nro. de ID de Medicaid:			
Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del PCP:			
Teléfono del PCP:			
Seguro primario:			
Seguro secundario:			
Proveedor que deriva/Proveedor que solicita		Proveedor de servicios/Centro solicitado	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		N.º de NPI:	
Fax:		N.º DE TIN:	
Persona de contacto:		Teléfono:	
Firma del médico o proveedor que deriva:		Fax:	
		Especialidad:	

**Información de derivación/autorización**

Diagnóstico primario o descripción:

Tipo de servicio:

1. Atención médica

2. Cirugía

3. Consulta

4. Radiología de diagnóstico

5. Laboratorio de diagnóstico

6.  Radiología terapéutica

7. Anestesia

8. Asistente en cirugía

 Otro servicio médico

Código CPT/HCPCS o descripción:

Fecha de inicio del servicio:

Cantidad de visitas/Unidades solicitadas:

Lugar de servicio (seleccione uno):

Paciente hospitalizado:  21

Paciente ambulatorio:  19     22     24

En el consultorio:  11

Información clínica pertinente para la derivación (incluya notas clínicas, informes de laboratorio, informes de radiología, etc.):

*Tenga en cuenta: Si no completa este formulario en su totalidad, ni incluye los códigos de procedimiento correspondientes o los códigos de diagnóstico y los documentos de respaldo adjuntos, se demorará el procesamiento o se rechazará esta solicitud de autorización previa.*

**Reiniciar**