

**Florida Complete Care**  
**Formulario de Autorización Previa**



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 Member:			
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:			
<input type="checkbox"/> 1. Atención médica	<input type="checkbox"/> 4. Radiología de diagnóstico	<input type="checkbox"/> 7. Anestesia	
<input type="checkbox"/> 2. Cirugía	<input type="checkbox"/> 5. Laboratorio de diagnóstico	<input type="checkbox"/> 8. Asistente en cirugía	
<input type="checkbox"/> 3. Consulta	<input type="checkbox"/> 6. Radiología terapéutica	<input type="checkbox"/> 9. 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:	<input type="checkbox"/> 21		
Paciente ambulatorio:	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 24
En el consultorio:	<input type="checkbox"/> 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.*