

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO ADICIONAL DE FISIOTERAPIA

TECLEE O ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA.

Número de reclamación

SOLICITUD DE TRATAMIENTO ADICIONAL DE FISIOTERAPIA

Nombre del empleado lesionado

N.º de Seguro Social

Fecha de la lesión

Nombre del empleador

Nombre del médico a cargo del tratamiento

Fecha del último tratamiento

Cantidad de tratamientos desde la primera visita del lesionado

DESCRIBA LA CONDICIÓN ACTUAL DEL EMPLEADO LESIONADO (Incluya sus hallazgos objetivos, los síntomas y las quejas del paciente)

DEFINA Y ESPECIFIQUE LA CANTIDAD DE TRATAMIENTOS ADICIONALES PARA LOS CUALES SE SOLICITA AUTORIZACIÓN:

Indique la fecha en la que se completará el tratamiento si se concede la autorización:

DEBE BRINDAR UNA NUEVA RECETA MÉDICA CON CADA SOLICITUD DE TRATAMIENTO ADICIONAL

Fecha

Firma y dirección del fisioterapeuta

Número de teléfono

FISIOTERAPEUTA

PARA DETERMINACIÓN DE LA ASEGURADORA

SE CONCEDE LA AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS ADICIONALES DE FISIOTERAPIA.

Se **deniega** la autorización de tratamiento adicional de fisioterapia. Se consultará con el médico a cargo del tratamiento en este caso.

Otra determinación:

Fecha

Firma

Cargo