

# FORMULARIO DE REVISIÓN DEL MÉDICO

Por favor, pida a su médico tratante que complete este formulario e inclúyalo con la solicitud.

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

Dirección del doctor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del doctor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- Basado en mi examen y/o revisión de registros médicos, el paciente mencionado anteriormente:
  - Presenta síntomas que pueden indicar un diagnóstico de esclerosis múltiple.
  - Tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple
- Para ayudar a confirmar un diagnóstico de EM o evaluar la progresión actual de la enfermedad de EM, el paciente mencionado anteriormente requiere:
  - IRM craneal  IRM cervical  Ambos exámenes (Craneal y cervical)
- Declaración de conflicto de intereses: Como médico solicitante, ¿tiene alguna inversión financiera en algún centro de diagnóstico por imagen al que vaya a derivar a su paciente?
  - Sí  No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la dirección de la instalación:

\_\_\_\_\_

Sí, por la presente certifico que la información proporcionada a MSAA es verdadera a mi leal saber y entender. He recibido el permiso del paciente mencionado anteriormente para publicar tales declaraciones con respecto a su tratamiento y / o diagnóstico.

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si se aprueba, por favor coordine con su médico para que envíe la receta de su resonancia magnética (IRM) por fax al centro de imagenología que realizará su(s) IRM(s).**

**Angel Hernandez, Gerente Senior MRI Access Program**

Teléfono: (800) 532-7667 ext. 118

Fax: (856) 488-8257

Correo electrónico: [ahernandez@mymsa.org](mailto:ahernandez@mymsa.org) o [MRI@mymsaa.org](mailto:MRI@mymsaa.org)

Rev 5/2026