



3 de marzo de 2023

## CARTA NORMATIVA 23-0117-03 Enmendada

**A:** Todas las organizaciones de manejo de cuidado contratadas bajo el Plan de Salud del Gobierno – Plan Vital

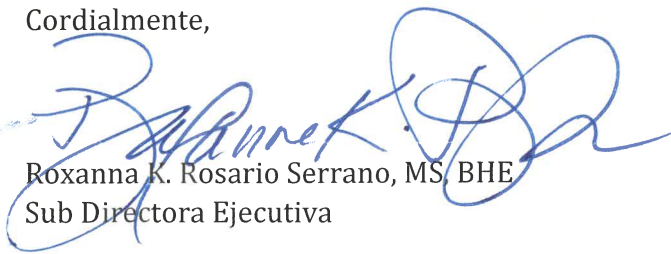
**RE: SOBRE CARTA NORMATIVA 23-0117-03 “FORMULARIOS ESTÁNDAR REVISADOS: REFERIDO Y/O CONSULTA, REGISTRO PARA CONDICIONES ESPECIALES, PREAUTORIZACIONES”**

Respecto a los formularios revisados y compartidos en la carta normativa 23-0117-03, para evitar contratiempos a nuestros beneficiarios ASES autoriza y requiere que se honre tanto el formulario anterior como la nueva versión, a fin de salvaguardar la continuidad de los servicios a nuestros beneficiarios.

NO se denegarán servicios ni citas a beneficiarios que presenten la versión anterior al formulario revisado y que estén dentro del periodo de vigencia establecido de 60 días.

Solicitamos a todas las aseguradoras bajo Plan Vital que notifiquen a sus proveedores contratados lo establecido en esta misiva a la mayor brevedad.

Cordialmente,



Roxanna K. Rosario Serrano, MS, BHE  
Sub Directora Ejecutiva

**REFERIDO Y/O CONSULTA**

- PROFESIONAL  
 INSTITUCIONAL



**SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE INICIAL		NÚMERO DE CONTRATO	FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO	GRUPO MÉDICO
TIENE OTRO SEGURO MEDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL SEGURO	NÚMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO		TELÉFONO O CELULAR		TEL/CEL ALTERNO	
DIRECCION FISICA			MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRÓNICO			
DIRECCION POSTAL			MUNICIPIO	ZIP CODE				

**SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE**

NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)		NPI	TELÉFONO OFICINA
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO MES / DIA / AÑO	CELULAR PROVEEDOR	CORREO ELECTRÓNICO

**SECCIÓN II INFORMACIÓN CLÍNICA**

FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y SU DESCRIPCIÓN POR EL CUAL ESTA REFIRIENDO AL PACIENTE

1- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	2- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	3- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN
4- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	5- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	6- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN

RAZÓN DE LA CONSULTA: (Incluir historial, examen físico, laboratorios/estudios pertinentes . Anejar copias de estudios y/o resultados de laboratorios.)

**SECCIÓN III BENEFICIARIO REFERIDO PARA (ESPECIFICAR)**

<input type="checkbox"/> CIRUGÍA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA	<input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO	<input type="checkbox"/> PRUEBA DIAGNÓSTICA	<input type="checkbox"/> RAYOS X
<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> OTROS _____ (CT, MRIs, Laboratorios Esp., etc.)			
<input type="checkbox"/> CONSULTA (Indicar especialidad) _____			<input type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO	

**SECCIÓN IV REPORTE DEL ESPECIALISTA**

**CONTESTACIÓN A CONSULTA**

Resumen breve de los hallazgos clínicos - Copia de Nota de Progreso adjunta  Sí  No

Estudios realizados y resultados

Diagnósticos

Plan de tratamiento

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)	NPI	TEL OFICINA	CELULAR (OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA DE SERVICIO DESDE MES / DIA / AÑO		FECHA DE SERVICIO HASTA MES / DIA / AÑO	

\*\*\* Este documento es válido por 90 días a partir de la fecha de emisión del proveedor que refiere.

**Esta transmisión contiene información confidencial que pertenece al remitente y está legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario deseado, por la presente se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción tomada en relación con el contenido de este documento está estrictamente prohibida. Si has recibido esta transmisión por algún error, por favor notifique al remitente inmediatamente para acordar la devolución de este comunicado.**

ELECTIVO/NO URGENTE  EXPEDITO/URGENTE\*\*

V.12/2022

FORMULARIO DE PREAUTORIZACIONES



SECCION I INFORMACION DEL BENEFICIARIO						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	INICIAL	NUMERO DE CONTRATO
						FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO
TIENE OTRO SEGURO MEDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL SEGURO	NUMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO		GRUPO MEDICO	
GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO	EDAD	NUMERO DE TELEFONO O CELULAR		NUMERO ALTERNO	NUMERO DE FAX
DIRECCION FISICA			MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION POSTAL			MUNICIPIO	ZIP CODE	FIRMA DEL PACIENTE	

SECCION II INFORMACION DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA				
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)		NUMERO DE LICENCIA	NPI	ESPECIALIDAD
				TELEFONO OFICINA
FIRMA DEL PROVEEDOR		CORREO ELECTRONICO	FECHA DE EMISION DEL REFERIDO MES / DIA / AÑO	CELULAR DE MEDICO
				FAX DE MEDICO

SECCION III SERVICIO A SOLICITAR			
FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS JUNTO A SU DESCRIPCION POR EL CUAL SOLICITA LOS SERVICIOS			FAVOR DE SELECCIONAR LUGAR DE SERVICIO
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION
1- [ ]		1- [ ]	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION
2- [ ]		2- [ ]	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION
3- [ ]		3- [ ]	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION
4- [ ]		4- [ ]	
OTROS (favor de especificar)			SERVICIO EN EL HOGAR (favor de indicar servicio, cantidad y fecha)
			<input type="checkbox"/> DME <input type="checkbox"/> TRANSPORTE

SECCION IV INFORMACION CLINICA
Resumen breve de la necesidad médica de lo solicitado:
Estudios realizados y resultados que respalden la solicitud (favor de enviar documentos, orden médica, examen físico, resultados de laboratorio junto a la solicitud de preautorización):

INFORMACION DEL PROVEEDOR O FACILIDAD QUE BRINDARA LOS SERVICIOS			
NOMBRE DEL PROVEEDOR O FACILIDAD (En letra de molde)		NPI	TELEFONO DEL PROVEEDOR / FACILIDAD
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA FIRMA	FECHA DE SERVICIO DESDE MES / DIA / AÑO	FECHA DE SERVICIO HASTA MES / DIA / AÑO

\*\*Definición de la solicitud de servicios Expedito/Urgente, es cuando la vida o la salud del beneficiario podrían verse en peligro por un retraso en el acceso al tratamiento o servicio solicitado. Las solicitudes fuera de esta definición se deben clasificar bajo Electivo/No Urgente. Cualquier presentación incompleta puede ser devuelta sin previo aviso.



FORMULARIO DE REGISTRO DE CONDICIONES ESPECIALES



V\_marzo.2023

**SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		INICIAL		NUMERO DE CONTRATO		FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO	
TIENE OTRO SEGURO MED <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE OTRO SEGURO		NUM. CONTRATO DEL OTRO SEGURO		FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO		GRUPO MÉDICO			
SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO		NÚMERO DE TELÉFONO O CELULAR		TELÉFONO O CEL. ALTERNO		NÚMERO DE FAX			
DIRECCIÓN FÍSICA				MUNICIPIO		ZIP CODE		CORREO ELECTRÓNICO			
DIRECCIÓN POSTAL				MUNICIPIO		ZIP CODE		FIRMA DEL PACIENTE			

**SECCIÓN II INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA**

NOMBRE PROVEEDOR (letra de molde)		NÚMERO DE LICENCIA		NPI		ESPECIALIDAD		TELÉFONO OFICINA			
FIRMA DEL PROVEEDOR		CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO A REGISTRO MES / DIA / AÑO		# CEL. PROVEEDOR (opcional)		FAX PROVEEDOR			
ICD-10 (1)				ICD-10 (2)				ICD-10 (3)			

**SECCIÓN III CONDICIÓN ESPECIAL SOLICITADA Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SU VALIDACIÓN**

<input type="checkbox"/> <b>ALBINISMO</b>  - E70.329 Albinismo Oculocutáneo - E70.331 Síndrome Hermansky-Pudlak - E70.330 Síndrome Chediak-Higashi	A diagnostic certification by one of the following specialists will be required: -Dermatologist -Ophthalmologist -Geneticist and Results of examinations or tests that support the diagnosis such as: -Genetic testing -Skin pigments -Ophthalmological studies In the case of syndromic OCA, it must also be accompanied by a certification by a hematologist.
<input type="checkbox"/> <b>ANEMIA APLÁSICA:</b> <b>Certificación de diagnóstico definitivo por Hematólogo/ Oncólogo.</b>	<b>Evaluación Hematológica:</b> -Contaje absoluto de Neutrófilos <500/mm3 -Plaquetas <20,000/mm -Reticulocitos <1% -Resultados de la aspiración y/o biopsia de Médula Ósea
<input type="checkbox"/> <b>ARTRITIS REUMATOIDE:</b> <b>Certificación de diagnóstico por Reumatólogo.</b>	- Inflammatory arthritis affecting three or more joints. - Positive rheumatoid factor (RF) and/or anti-citrullinated peptide/protein (ACPA) functions, as evidence of anti-cyclic citrullinated peptide (anti-CCP) functions. - Elevated C-reactive protein or erythrocyte sedimentation rate. - Diseases with similar clinical features have been excluded, in particular psoriatic arthritis, acute viral polyarthritis, polyarticular gout or calcium pyrophosphate deposition disease, and systemic lupus erythematosus (SLE). - The duration of the symptoms is more than six weeks
<input type="checkbox"/> <b>AUTISMO:</b>  (a) Provisional coverage <input type="checkbox"/> R63.50 Unspecified lack of expected normal psychological development in childhood <input type="checkbox"/> R62.0 Delayed Milestone in childhood <input type="checkbox"/> F88 Other disorders of psychological development <input type="checkbox"/> F80.2 Mixed receptive and expressive language disorders  (b) Permanent registration <input type="checkbox"/>	Certification of risk by the primary care physician and evidence of the screening tool utilized. The provisional coverage will last for six months. If the evaluation process is not completed, the provisional coverage may be renewed for six additional months. (Mark what screening tools were used for evaluation): <input type="checkbox"/> <16 months – Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) or Communication Symbolic Behavior Scales -Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 16-30 months – Modified Checklist for Autism in Toddlers: Revised Follow-Up (M-CHAT R/F) <input type="checkbox"/> 31-66 months – Ages & Stages Questionnaire-Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) <input type="checkbox"/> ≥48 months – Social Communication Questionnaire (SCQ mental age > 2 years) Communication & Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 67 months-11 years – Childhood Asperger Syndrome Test (CAST) <input type="checkbox"/> > 11 years – Australian Scale for Asperger Syndrome (ASAS) <b>(See, Protocol of Autism from the Department of Health)</b> For permanent registration is required any of the following Diagnosis certification by: • Clinical Psychologist, • School Psychologist, • Counselor Psychologist, • Neurologist, • Psychiatrist, • Pediatrician development specialist. Professionals should have training or experience in the area of Autism, as required by the Protocol of Autism from the Department of Health of PR. After 21 years, to continue in the special coverage, a certification by a neurologist or psychiatrist establishing the need for the condition management and treatment as an adult is required.
<input type="checkbox"/> <b>CÁNCER:</b> - Includiendo cuidado paliativo- <b>Certificación diagnóstica (con estadio) por Hematólogo/ Oncólogo, o por especialista médico a cargo del manejo de la condición.</b>	<b>Certificación debe incluir plan de tratamiento con fechas de inicio y terminación estimadas.</b> (La aseguradora proveerá un documento específico para que el especialista documente la certificación de diagnóstico específico y solicitud de Registro de Cáncer.) - Evidencia de resultado de biopsia. - En casos donde no pueda confirmarse el diagnóstico por patología (biopsia), se considerará la evidencia de estudios diagnósticos como CT, MRI, PET Scan, Sonografía, que justifiquen diagnóstico/ estadio.
<input type="checkbox"/> <b>CÁNCER DE PIEL / CARCINOMA IN SITU:</b>	Certificación diagnóstica con resultado positivo en Biopsia

<input type="checkbox"/> <b>CÁNCER DE PIEL: MELANOMA:</b> <b>Certificación de registro por dermatólogo u Oncólogo/Hematólogo</b>	Patología o Biopsia positiva Estudios especiales CT Scan, MRI, Sonograma
<input type="checkbox"/> <b>CERNIMIENTO AUDITIVO NEONATAL: Cubierta TEMPORERA hasta los seis (6) meses de edad o diagnóstico definitivo, lo que ocurra primero.</b> Los proveedores que pueden solicitar el registro provisional o temporero: médicos primarios, incluyendo pediatras.	El neonato con problema inicial de audición, según refleja el resultado de la prueba de cernimiento neonatal, se debe registrar obligatoriamente en Cubierta Especial bajo un Registro Provisional Temporero. Para ello se requiere el informe inicial de hallazgos auditivos que es parte del cernimiento neonatal. Es la única documentación que se requiere a esta etapa del proceso. <i>(Para más detalles, referirse al Protocolo de pruebas de audición y su seguimiento en neonatos (ASES-OPCAC-2019/P004-1).</i>
<input type="checkbox"/> <b>DISCINESIA CILIAR PRIMARIA (DCP)</b>  - Q34.8 Otras malformaciones congénitas especificadas del sistema respiratorio - Q34.9 Malformación congénita del sistema respiratorio, no especificada - Q89.3 Situs inversus  <b>Cubierta especial estará en efecto mientras el asegurado sea parte del PSG.</b>	Referido de inclusión por:  Edad pediátrica: -Neumólogo pediátrico -Pediatra -Genetista -Inmunólogo  Adultos: -Neumólogo -Médico primario  Adicionalmente, uno de los siguientes:  a. Biopsia de tejido ciliado (usualmente de la nariz o traquea) con analisis de ultraestructura ciliar b. Examen genetico que muestre dos mutaciones conocidas como cusantes de DCP - una por cada padre
<input type="checkbox"/> <b>EMBARAZO:</b> <b>Certificación de embarazo por ginecólogo obstetra</b>	Hoja de registro Obstétrico. Una vez se registra el caso, se enviará a la asegurada por correo una certificación de la cubierta especial.
<input type="checkbox"/> <b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)</b> <b>Certificación diagnóstica por un gastroenterólogo</b>	-Estudio endoscópico (colonoscopia / sigmoidoscopia) -Diagnóstico (biopsia) o pruebas de imagen que documenten la condición -Evidencia que descarte etiología aguda infecciosa
<input type="checkbox"/> <b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:</b> <b>Se utiliza la razón de filtrado glomerular calculado, (GFR por sus siglas en inglés).</b>	Se requiere evidencia de resultados reciente de creatinina en sangre, edad, sexo y raza del asegurado. <b>Nivel 3:</b> GFR mayor de 30-59, N18.3 <b>Nivel 4:</b> GFR mayor de 15-29, N18.4 <b>Nivel 5:</b> GFR menor de 15, N18.5 <b>ESRD:</b> N18.6
<input type="checkbox"/> <b>ESCLERODERMA:</b> <b>Certificación de diagnóstico por reumatólogo</b>	Certificación de diagnóstico por reumatólogo con evidencia de los siguientes laboratorios; - ANA Test, DS-DNA - Anti Sm - Anti Fosfolípidos - Biopsia de piel.
<input type="checkbox"/> <b>ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>	CRITERIOS
<input type="checkbox"/> <b>ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA:</b> <b>Certificación del diagnóstico por neurólogo.</b>	-Dos (2) episodios distintos de síntomas neurológicos causando síntomas o hallazgos de laboratorio. -Resultado de MRI de cerebro. -Resultado de punción lumbar. -Síntomas que indican daño en más de una región del Sistema Nervioso Central. - Validar que otra enfermedad no es causante de los síntomas presentes.
<input type="checkbox"/> <b>FALLO CARDIACO CLASE III y CLASE IV NYHA: Cubierta especial TEMPORERA con duración máxima de cuatro (4) meses, NO PRORROGABLES..</b>	CRITERIOS - El cardiólogo del beneficiario tendrá que someter una certificación, donde indique el diagnóstico de fallo cardíaco con fracción de eyección disminuida (HFREF), con un EF igual o menor de 30%, y sustentar con pruebas objetivas los hallazgos y el tratamiento ofrecido hasta la fecha del referido. <b>Tiene que informar que, el beneficiario es un candidato real para ser recipiente de un trasplante de corazón y documentar al menos una (1) de los siguientes:</b> - Fracción de eyección ventricular izquierda o LVEF <30% - Hospitalizaciones recurrentes por la condición de fallo cardíaco. - Fallo sintomático a pesar de haberse optimizado las terapias y el uso de dispositivos de ayuda. - Incremento continuo de requerimientos de medicamentos diuréticos. - Dependencia progresiva de agentes inotrópicos positivos. <b>Y: Ausencia de disfunción ventricular derecha severa e insuficiencia de la válvula tricúspidea</b> <i>(Absence of severe right ventricular dysfunction and tricuspid regurgitation)</i>
<input type="checkbox"/> <b>FENILCETONURIA (PKU) EN ADULTOS</b>	Si antes de alcanzar la edad adulta (21 años), el beneficiario estaba registrado bajo la cubierta de Niños con Condiciones Especiales por diagnóstico de PKU, esto se considera suficiente evidencia para una continuación de cubierta. No se requiere evidencia clínica adicional.
<input type="checkbox"/> <b>FIBRÓISIS QUÍSTICA:</b> <b>Certificación del diagnóstico por neumólogo confirmando condición.</b>	-Prueba de sudor. -Evidencia de tratamientos.
<input type="checkbox"/> <b>HEMOFILIA:</b> <b>Certificación por hematólogo de diagnóstico de Hemofilia:</b>	<b>Severa:</b> Niveles de Factor VIII <1% <b>Moderada:</b> Nivel de Factor VIII <1-5% <b>Leve:</b> Nivel de Factor VIII 5-25% con sangrado severo. •Resultados de Niveles de Factores de Coagulación Pacientes con Hemofilia A y B severas. Pacientes con Hemofilia A y B severas, con presencia de inhibidores. Pacientes con Hemofilia A y B moderadas, con presencia de inhibidores.
<input type="checkbox"/> <b>HEPATITIS C CRÓNICA (HCV):</b> <b>Certificación por: Gastroenterólogos, Infectólogos, o Hematólogos, Primarios capacitados, HIV Treaters</b>	<b>Se requiere la evidencia de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen positivo de anticuerpos HCV</li> <li>• Examen cuantitativo RNA</li> </ul> Puede ser sometido por el MCO / PCP o Especialista. La cubierta durará desde el momento en que el paciente sea registrado hasta 6 meses luego de completado el tratamiento con el medicamento Antiviral de Acción Directa ( DDA con evidencia de respuesta virológica sostenida no detectada.  El paciente tendrá acceso directo sin referido del PCP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A especialista o subespecialista para el manejo de su condición.</li> <li>• Al medicamento Antiviral de Acción Directa (DDA) establecido bajo la Cubierta de Medicamentos de ASES.</li> <li>• A laboratorios médicamente necesarios, así como Imágenes, Sonografía, MRI, CT o alguna otra imagen radiológica sin referido del PCP.</li> </ul>

<input type="checkbox"/> <b>HIPERTENSIÓN PULMONAR:</b> Certificación de diagnóstico y plan de tratamiento por el neumólogo o cardiólogo.	Evidencia de Estudio que certifique condición.
<input type="checkbox"/> <b>LEPRA:</b> Certificación del diagnóstico por infectólogo o dermatólogo confirmando condición.	-Evidencia de resultado de biopsia de piel -Resultado positivo en cultivo de infección
<input type="checkbox"/> <b>LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO:</b> Certificación de diagnóstico por reumatólogo.	Evidencia de los siguientes laboratorios: -ANA Test, DS-DNA -Anti Sm -Anti Phospholipids.
<input type="checkbox"/> <b>NIÑOS CON CONDICIONES ESPECIALES</b> Certificación del pediatra o especialista en la condición afectada.  Laboratorio o estudio que determinó Dx: _____	Laboratorios pertinentes que sustente el diagnóstico.
<input type="checkbox"/> <b>PALADAR HENDIDO Y/O LABIO FISURADO</b>	Usualmente identificado en el nacimiento, en un examen físico, o ultrasonido prenatal. No hay necesidad de un examen especial para el diagnóstico. Puede ser identificado por un obstetra, un neonatólogo / perinatólogo o un pediatra.
<input type="checkbox"/> <b>POST-TRASPLANTADOS: Excepto los trasplantes de córnea, hueso o piel a los que no les aplica la clasificación como condición especial .</b> Certificación del especialista en trasplante o el especialista en la condición del órgano afectado (neumólogo; nefrólogo; hepatólogo/gastroenterólogo; cardiólogo; cirujano de trasplantes)	Fecha del trasplante Tratamiento actual y medicamentos.
<input type="checkbox"/> <b>TUBERCULOSIS:</b> Certificación del Neumólogo con plan de tratamiento	<b>Evidencia de:</b> - Resultado de Prueba de la tuberculina - Resultado de prueba IGRA - Radiografía de tórax (pecho). - Muestras de esputos (secreción, flema) para AFB Y cultivo para M. tuberculosis o Lavado Bronquial cuando no pueden expectorar. - Biopsias del lugar afectado, si aplica. - Resultado de Prueba de VIH
<input type="checkbox"/> <b>VIH-SIDA:</b> Certificación de registro por medico primario o médico de clínica de HIV	<b>Evidencia de:</b> o Resultado positivo en Western Blot (IFA) Inmunofluorescent Assay o Prueba de CD 4 o Evidencia de Enfermedades Oportunistas: - <i>Candidiásis</i> - <i>Cáncer del cuello uterino (invasor)</i> - <i>Coccidioidomycosis, criptococosis, criptosporidiosis</i> - <i>Enfermedad por Citomegalovirus</i> - <i>Encefalopatía (relacionada con el VIH)</i> - <i>Herpes simple (infección grave)</i> - <i>Histoplasmosis</i> - <i>Isosporiasis</i> - <i>Sarcoma de Kaposi</i> - <i>Linfoma (ciertos tipos)</i> - <i>Complejo mycobacterium</i> - <i>Neumonía (por pneumocystis)</i> - <i>Neumonía (recurrente)</i> - <i>Leucoencefalopatía multifocal progresiva (PML)</i> - <i>Septicemia por salmonela (recurrente)</i> - <i>Toxoplasmosis del cerebro</i> - <i>Tuberculosis</i> - <i>Síndrome de Emaciación</i>

**COMENTARIOS**