



SOLICITUD PARA ESTUDIO DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD O PRACTICA NO NOMENCLADA

1) PRESTACION SOLICITADA: _____

2) DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____

Nº de Afiliado: _____

Firma del Afiliado

3) ANTECEDENTES CLINICOS (breve resumen) _____

4) EXAMEN FISICO (solamente datos comprobados) _____

5) ESTUDIOS EFECTUADOS PREVIAMENTE (informe de signos positivos): _____

6) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____

7) MOTIVO POR LOS CUALES SOLICITA EL ESTUDIO (que es lo que se busca o pretende):

8) MODIFICARIAN LA CONDUCTA TERAPEUTICA (referido a los presuntos hallazgos):

9) DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE:

Nombre y Apellido: _____ Mat. Prof.: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Especialidad: _____

Fecha

Firma del Profesional

NOTA: Para consideración de la solicitud, se necesita que los items se cumplimenten debidamente.

