

FORMULARIO DE ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR MEDICO SOLICITANTE

Datos del Paciente:

Número de Afiliado:..... Plan:.....
 Apellido y Nombre:..... Edad:.....
 Teléfono:.....
 Domicilio:..... Nº..... Localidad:.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O CONFIRMADO.....

PRACTICAS SOLICITADAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN

Resúmen de historia clínica o mecanismo lesional y justificación del estudio por práctica solicitada

.....

Exámenes previos relacionados con la solicitud. Indicar fecha y adjuntar informes

.....

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL AFILIADO

Fecha de lesión / ocurrencia del accidente:..... Hora:.....

¿Donde se lesionó?

- En el trabajo Antigüedad laboral:.....
 Fue un accidente de tránsito
 En el domicilio
 En el club

Otro:

Detalle cómo se lesionó:

.....

Fecha:

.....
Firma y sello Firma y aclaración Firma y sello
Médico solicitante del afiliado Auditoría Médica

* Adjuntar informes de estudios realizados inherentes a la patología
 * Los datos consignados en el presente formulario tienen carácter de DECLARACION JURADA
 * Completar los datos con letra legible