

FORMULARIO DE ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD**SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL AFILIADO****Datos del Paciente:**

Número de Afiliado:..... Plan:.....
Apellido y Nombre:..... Edad:.....
Teléfono:.....
Domicilio:..... N°..... Localidad:.....

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:

.....
.....
.....

¿Realizo otros estudios previos, relacionados a la lesión / Patología ?

Radiografía

Tomografía

Resonancia Magnética

Otro:

Fecha:

.....
**Firma y aclaración
del afiliado**

.....
**Firma y sello
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