

FORMULARIO ESPECIAL PARA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

 Apellido y nombre/s del Afiliado Titular:

Número de Afiliado: Fecha de nacimiento: / /

Edad: Sexo:

PRÁCTICA SOLICITADA:

Código:	Descripción:	FECHA DE SOLICITUD:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

DIAGNÓSTICO PREVIO: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (antecedentes, origen, inicio de síntomas): _____

INFORME DE ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS: _____

JUSTIFICACIÓN DEL PEDIDO DE LA PRÁCTICA. Espectativas diagnósticas y justificación de solicitud.

Modificación terapéutica posible de acuerdo al resultado.

El resultado decide la conducta quirúrgica o no la modifica:

INSTITUCIÓN:

PROFESIONAL SOLICITANTE:

Firma y Sello

LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD: