

**SOLICITUD PARA ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD
PRACTICAS NO NOMENCLADAS**

1) PRESTACIÓN SOLICITADA:.....

2) DATOS DEL PACIENTE:

- NOMBRE Y APELLIDO:.....
- N° DE AFILIADO:.....
- DOMICILIO:.....
- TELEFONO:.....

3) ANTECEDENTES CLINICOS (Breve Resumen):.....

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

4) EXAMEN FISICO (Solamente datos positivos):.....

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

5) ESTUDIOS EFECTUADOS PREVIAMENTE (Informes de signos comprobados)

.....
.....

6) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:.....

.....

7) MOTIVO POR LOS CUALES SOLICITA EL ESTUDIO:.....

.....

8) DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE:

- NOMBRE Y APELLIDO:.....
- ESPECIALIDAD:.....
- DOMICILIO:.....
- LOCALIDAD:..... TELEFONO:.....
- MP N°:.....

FECHA:..... FIRMA:.....

NOTA: PARA CONSIDERACIÓN DE LA SOLICITUD, UD. NECESITARÁ QUE TODOS LOS ITEMS SE CUMPLIMENTEN DEBIDAMENTE.