

Solicitud Estudios Especiales

(POR DUPLICADO)

Lugar de de 20.....

A LLENAR POR EL MÉDICO SOLICITANTE

Paciente
..... N° de Afiliado- / Edad

Domicilio Localidad

Estudios solicitados Código

Enfermedad actual

Informe de estudios previos realizados

Diagnóstico presuntivo

Que nuevo aporte puede brindar el estudio solicitado

Otras observaciones

(Adjuntar Planilla Filiatoria)

.....
Firma del Profesional - Sello Aclaratorio

AUTORIZACIÓN MÉDICO/A AUDITOR/A

Observaciones:

.....
Firma del Médico/a Auditor/a

INFORME del profesional responsable del estudio realizado

.....

.....
Firma del Profesional - Sello Aclaratorio



Solicitud Estudios Especiales

(POR DUPLICADO)

Lugar de de 20.

A LLENAR POR EL MÉDICO SOLICITANTE

Paciente

..... N° de Afiliado / Edad

Domicilio Localidad

Estudios solicitados Código

Enfermedad actual

Informe de estudios previos realizados

Diagnóstico presuntivo

Que nuevo aporte puede brindar el estudio solicitado

Otras observaciones

(Adjuntar Planilla Filiatoria)

Firma del Profesional Sello Aclaratorio

AUTORIZACIÓN MÉDICO/A AUDITOR/A

Observaciones:

Firma del Médico/a Auditor/a

INFORME del profesional responsable del estudio realizado

Firma del Profesional - Sello Aclaratorio