



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