



## 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 .....

.....  
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 .....

.....  
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