

SOLICITUD DE ESTUDIOS EXTRA HOSPITALARIOS, PRÁCTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD, PRÓTESIS E IMPLANTES

Apellidos y Nombres							
Domicilio				Localidad			
DNI			Fecha de Nac.			Peso Aprox.	Edad
H.C. N°			Sexo		Teléfono		

Internado en cama:		Ambulatorio
--------------------	--	-------------

Solicitud	Prioridad
	Normal (30 días)
	Servicio solicitante
	Urgencia (7 días)
	Emergencia (24 hs.)

Antecedentes Personales y Hereditarios
Estudios Previos
Enfermedad Actual
Examen Físico (datos positivos)
Tratamiento que recibe en la actualidad
Diagnóstico Presuntivo
Fundamento de la solicitud

Sin cobertura	Facturación - PROFE
PROFE	
Obra Social:	
<i>Firma y sello</i>	

Medico solicitante	Jefe de servicio	Auditoria medica	Dirección
<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>

Atención: Completar con letra clara y legible. Los espacios incompletos son motivo de rechazo del trámite