Círculo Médico
Salud

EXTENSIÓN DE COBERTURA

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y/O TRATAMINETOS

Solicitado por el Dr.: .....

Urgente: SI NO Fecha: ...../...../.....

Paciente: ..... Edad: ..... Afiliado N° : .....

Convenio: .....

Historia Clínica
(Antecedentes personales, enfermedad actual y estado actual, si es necesario detallar mas, escribir al dorso)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico: .....

Medicación: .....

Estudios realizados y resultados (Análisis, Rx, TAC, etc.):

Tratamientos efectuados: .....

ESPECIFICACIONES PARA PRÁCTICAS QUE SUPONEN LOS LÍMITES ESTABLECIDOS

Práctica solicitada: .....

Motivo de su repetición: .....

Frecuencia a repetir: DIARIA SEMANAL ☐ MENSUAL ☐

TRIMESTRAL ☐ SEMANAL ☐ ANUAL ☐

Diagnóstico presuntivo o de certeza: .....

.....

Período de fecha: Fecha desde: ...../...../..... Fecha hasta: ...../...../.....

AUTORIZACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO AUDITOR)

☐ AUTORIZADO Fecha desde: ...../...../..... Fecha hasta: ...../...../.....

Frecuencia autorizada: .....

☐ NO AUTORIZADO

MOTIVO: .....