Círculo Médico
Salud

SOLICITUD DE PRÁCTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD

PRÁCTICA SOLICITADA .....

Urgente: ***SI*** ***NO***

SOLICITANTE:

Nombre y Apellido: .....Teléfono: .....

Especialidad: .....

PACIENTE:

Nombre y Apellido: .....Afiliado N° ..... Edad: .....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico Presuntivo: .....

Evolución y tratamientos efectuados: .....

.....

Estudios realizados (radiografía - ecografía - centellograma - RMN - TAC - etc.)

Consignar fecha y resultados: .....

.....

.....

.....

Indique que diagnósticos espera confirmar o excluir con la práctica solicitada: .....

.....

Indique en que modificará el tratamiento o el pronóstico de la afección, la práctica solicitada: .....

.....

EVITE RETRASOS:
consigne en forma legible y completa
la información requerida en el presente formulario Fecha: ...../...../..... Firma: .....