

T.A.C., R.M.N., DENSITOMETRÍA ÓSEA, CÁMARA GAMMA, ETC. (No incluye Estudios Hemodinámicos)
La presente solicitud debe ser llenada por el médico tratante y requerir autorización previa de la práctica indicada.

Código de Autorización Previa

Datos personales

Apellido y Nombre:			
Nº Afiliado:	Edad:	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono
Ambulatorio: <input type="checkbox"/>	Internado: <input type="checkbox"/>	Sala: Cama:	H.C. Nº: Urgencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Resumen de Historia Clínica (que justifique el pedido)

Antecedentes Patológicos

Diabetes <input type="checkbox"/>	EPOC <input type="checkbox"/>	Dislipid. <input type="checkbox"/>	C.A. <input type="checkbox"/>	H.T.A. <input type="checkbox"/>	Tabaq. <input type="checkbox"/>	Inmunodep. <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Estudios Previos (resumir informes y remitir copias) ***

Diagnóstico Presuntivo

Estudio Solicitado**Especificaciones**

<input type="checkbox"/> T.A.C.
<input type="checkbox"/> R.M.N.
<input type="checkbox"/> Densitometría Ósea
<input type="checkbox"/> Cámara Gamma
<input type="checkbox"/> Otros

Motivo del Estudio

Diagnóstico <input type="checkbox"/>	Terapéutico <input type="checkbox"/>
Seguimiento <input type="checkbox"/>	

Datos del Solicitante

Dr.
Teléfono Personal:.....

Fecha:

Firma y sello

*** Para auditoría y autorización definitiva deberá adjuntar indefectiblemente las copias de los estudios anteriormente mencionados.