

La presente solicitud debe ser llenada por el médico tratante con letra legible.

**Datos del paciente**

Apellido y Nombre:	Edad	
N° Afiliado	Talla	Peso
Domicilio	Teléfono	

**Resumen de historia clínica**

.....

.....

.....

.....

**Estudios realizados (marcar con una X los estudios realizados)**

Rx       TAC       RMN

Otros: .....

Adjuntar fotocopia de informes.

**Diagnóstico**

.....

**Lugar de cirugía**

.....

**Fecha probable de la cirugía**

Día	Mes	Año

**Elemento solicitado (No debe colocar marca)**

.....

.....

Si tiene característica especial justificar académicamente la misma

**Datos del solicitante**

Profesional médico: ..... Matrícula: .....

Especialidad: ..... Teléfono: .....

Fecha de la solicitud: ...../...../.....

.....  
Firma