

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