

FORMULARIO A 01: SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

T.A.C., R.M.N., DENSITOMETRÍA ÓSEA, CÁMARA GAMMA, ETC. (No incluye Estudios Hemodinámicos) La presente solicitud debe ser completada y firmada por el médico tratante. Requiere de autorización previa de Auditoría Médica de GLOBAL EMPRESARIA CONSULTORES.

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

Datos personales

Apellido y Nombre:			Obra Social:		
DNI Afiliado:	Edad:	Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Teléfono
Ambulatorio: <input type="checkbox"/>	Internado: <input type="checkbox"/>				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"/>	Tabaqui <input type="checkbox"/>	Inmunodep. <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

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

Diagnóstico Presuntivo:

Estudio Solicitado:

T.A.C.

R.M.N.

Densitometría Ósea

Cámara Gamma

Otros

Motivo del Estudio:

Diagnóstico <input type="checkbox"/>	Terapéutico <input type="checkbox"/>	Dr.
Seguimiento <input type="checkbox"/>		Teléfono Personal:

Lugar y Fecha:

Firma y sello Médico Tratante
