

**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"/>
Seguimiento <input type="checkbox"/>	

Dr. ....
Teléfono Personal: .....

Lugar y Fecha:
----------------

Firma y sello Médico Tratante
-------------------------------