



ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

INSTITUCIÓN SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDO

SEXO

EDAD

DNI:

LOCALIDAD:

N° AFILIADO:

ESTUDIOS SOLICITADOS:

CODIGO:

PARA COMPLETAR POR EL PROFESIONAL QUE SOLICITA (con letra legible)

a) Resumen de HC informando los hallazgos positivos de valor (que incluya: MECANISMO DE LESIÓN – TIEMPO DE EVOLUCIÓN – RESULTADOS DE ESTUDIOS PREVIOS – TRATAMIENTO REALIZADO)

b) Justificación del estudio y su incidencia en la terapéutica:

c) Diagnósticos diferenciales presuntivos:

DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDO:

ESPECIALIDAD Y MP.

CLÍNICA Y TELEFONO DE CONTACTO

FECHA DE EMISIÓN

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL ESPECIALISTA

A COMPLETAR POR AUDITORIA MÉDICA

AUTORIZADO A REALIZARSE EN:

CODIGOS AUTORIZADOS:

La información que se incluye en esta planilla tiene carácter de declaración jurada y será considerada confidencial por IMAGEN EN SALUD S.A y manejada bajo los principios de confidencialidad vigente.