

PLANILLA DE DENUNCIA - ALTA COMPLEJIDAD

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL PACIENTE	DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE
Apellido:	Apellido:
Nombres:	Nombres:
Afiliado N°:	Matrícula Prov.:
Edad: Sexo: F - M	Tel. celular:
Dirección:	Tel. part.:
Localidad:	Tel. consult.:
Teléfono:	

Diagnóstico presuntivo o confirmado

PRÁCTICAS SOLICITADAS		
Código	Sub grupo	Descripción

Resumen de historia clínica y justificación del estudio o práctica solicitada

(Si no es suficiente el espacio, continúe al dorso)

Exámenes previos relacionados con la solicitud (Enumerar con informe y fecha los estudios avalatorios, además se deberá adjuntar copia de los mismos al momento del estudio).

(Si no es suficiente el espacio, continúe al dorso)

ACLARACIÓN: Los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA.

 Firma y sello del profesional solicitante