

Solicitud para Prestaciones Especiales

DATOS DEL AFILIADO *

Nombre y Apellido Fecha Nac Sexo: Fem. ☐ Masc. ☐
N° de Afiliado DNI/LC/LE Edad:
Domicilio Tel:
Provincia Localidad Mail

* Se debe completar de forma obligatoria todos los campos requeridos y respaldar con la documentación solicitada

Resumen de Historia Clínica: (Datos de interés para el estudio solicitado) *

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico presuntivo *

.....

.....

Estudios realizados hasta la fecha deben adjuntar link de estudios, qr o imagenes *

.....

.....

Resultados Obtenidos: (que indiquen claramente la necesidad del estudio a fin de orientar la conducta a seguir en el caso por ejemplo: cirugía, tratamiento conservador, estudio, estudio invasivo de alta complejidad, etc.) *

.....

.....

Prestaciones que se solicitan: (Adjuntar presupuesto según corresponda) *

.....

.....

Solicitud para Prestaciones Especiales

Que se espera obtener de los estudios solicitados *

.....

.....

En que incidirá sobre la conducta terapéutica el estudio solicitado *

.....

.....

MÉDICO TRATANTE *

Nombre y Apellido Teléfono

Domicilio

Horario de Consulta Teléfono Móvil

M.N° M.P° Mail

Fecha / / 20.....

.....
Firma/Sello Profesional