



FECHA			
-------	--	--	--

FORMULARIO UNICO PARA SOLICITUD DE PRESTACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD

<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	<u>DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE</u>
APELLIDO:	APELLIDO:
NOMBRES:	NOMBRES:
OBRA SOCIAL:	MATRICULA PROV.:
Nº AFILIADO:	FIRMA Y SELLO:
EDAD: SEXO: M - F - INDIF.	
DIRECCION:	
TELEFONO:	LOCALIDAD:

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO O CONFIRMADO:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Y JUSTIFICACION DE LO SOLICITADO

EXAMENES PREVIOS RELACIONADOS CON LA SOLICITUD

PRACTICAS SOLICITADAS

CODIGO	DESCRIPCION

NOTA:

LOS DATOS DEL PRESENTE FORMULARIO **DEBEN SER LLENADOS CON LETRA LEGIBLE** Y TIENEN CARÁCTER DE **DECLARACION JURADA**

P/ AUTORIZACION DE LA OBRA SOCIAL: FIRMA Y SELLO: FECHA: / /