



SOLICITUD DE COBERTURA DE PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD

Esta solicitud debe ser llenada por el médico tratante en forma completa previa realización para gestionar la cobertura por la entidad

DATOS PERSONALES

Apellido y nombre: _____ N° de afiliado: _____

Edad: _____ Teléfono: _____

Ambulatorio Internado Urgencia: si no - Traumatismo: accidente hogar vía publica trabajo

Datos del solicitante: Dr.: _____ Especialidad: _____ Teléfono personal: _____

HISTORIA CLINICA QUE JUSTIFIQUE SOLICITUD

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Hipertensión diabetes di lipemia enfermedad reumática artrosis neoplasia

Otros: _____

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

No farmacológico: _____

Respuesta: nula parcial buena

Farmacológico: _____

Respuesta: nula parcial buena

ESTUDIOS EFECTUADOS (REMITIR INFORMES)

Imágenes laboratorios otros

Descripción de datos positivos: _____

DIAGNOSTICO/S PRESUNTIVO/S

MOTIVO POR LOS CUALES SE SOLICITA EL ESTUDIO/ MODIFICARIA LA CONDUCTA TERAPEUTICA?
