ASOCIACION MEDICA DEL NORTE

SOLICITUD DE PRACTICA DE ALTA COMPLEJIDAD

Fecha: ____ / ____ / ____

IDENTIFICACION DEL AFILIADO	MEDICO E INSTITUCION SOLICITANTE
Apellido:	Apellido:
Nombres:	Nombres:
Localidad:	Matrícula Nro.:
Afiliado Nro.:	Domicilio:
Documento:	Localidad: Tel.:
Edad: Sexo:	Institucion
EPO: Tel.:	
	Firma y sello profesional

PRACTICA SOLICITADA:

IMPLICANCIA TERAPEUTICA:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Diagnósticos:	Confirmado:	
	Presuntivo:	
Antecedentes Clínicos (Breve resumen)		
Exámen Físico (Sólo datos positivos)		
Estudios Previos (Informes de signos comprobados)		
Motivos por los cuales solicita el estudio (que es lo que desea verificar)		

Lugar y Fecha: _____

Firma y Sello

Nota: Para consideración de la solicitud es preciso que se cumplimenten debidamente cada uno de los ITEMS

PARA USO EXLUSIVO DE AUDITORIA MEDICA

Fecha:

Firma y Sello