

**Solicitud para estudios de alta complejidad o No Nomenclado****DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido

Nombre

Tipo de Documento

Nro de Documento

Números de Teléfono

L.E. L.C. D.N.I.

Cod. área:

Fijo:

Celular :

DATOS DE HISTORIA CLINICA

Fecha inicio:

Diagnostico Presuntivo:

Resumen de Historia Clinica:

Estudios Realizados a la Fecha:

Resultados Obtenidos (indique claramente la necesidad del estudio a fin de originar la conducta a seguir):

Estudios que se solicitan:

Que espera obtener de los estudios solicitados :

En que incidiría la conducta terapéutica el estudio solicitado :

DATOS MEDICO SOLICITANTE

Apellido

Nombre

Firma Medico

Aclaración

Autorización - Auditoria Medica