

Solicitud de Prácticas de Alta Complejidad

Prescripción



DATOS DEL AFILIADO/A

APELLIDO/S

NOMBRE/S

NÚMERO DEL AFILIADO/A

EDAD SEXO (1)

F M

TIPO DOCUMENTO (1)

DNI: CI LC LE

N° DOCUMENTO

TELÉFONO PARTICULAR

TELÉFONO CELULAR

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Practica solicitada:

Diagnóstico presuntivo:

Resumen de Historia Clínica (datos de interés para la práctica solicitada):

Estudios realizados hasta la fecha con sus resultados:

DATOS DEL/A PROFESIONAL PRESCRIPTOR/A

APELLIDO/S

NOMBRE/S

NÚMERO DEL AFILIADO/A

N° DE MATRÍCULA

TELÉFONO

TELÉFONO ALTERNATIVO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

INSTITUCIÓN

Firma y Sello Médico/a Prescriptor/a

Fecha

La información que se incluye en el presente formulario será considerada confidencial por OSTPYGCH y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes. Nota: La totalidad de los datos deberán ser completados a mano, legible, con la misma tinta y sin cambios de tipografía. Toda enmienda deberá ser salvada por el profesional prescriptor (con firma y sello).