

Apéndice A al Agregado 1 del Anexo II

Solicitud de Estudios Especiales de Alta Complejidad

ESTUDIO DIAGNOSTICO ESPECIALES DE ALTA COMPLEJIDAD

1) ESTUDIO SOLICITADO

2) DERIVADO DEL SERVICIO O ESPECIALIDAD:.....

3) DATOS DE AFILIACION: D N I TEL/CEL.....

Apellido y Nombre: Edad:

Dirección:

4) RESUMEN DE H. C.:

Exámenes Complementarios:

Tratamientos Realizados:

5) OPCIONES ALTERNATIVAS (DIAGNOSTICAS/TERAPEUTICAS).....

6) FUNDAMENTO Y JUSTIFICACION DE LO SOLICITADO:

Firma y Sello Médico Tratante

INFORME DE LA DELEGACION: CONVENIDO (tachar lo que no corresponda) SI - NO Valor S.....

PRESUPUESTO 1:..... PRESUPUESTO 2:..... PRESUPUESTO 3:.....

PROPUESTA: ACEPTAR (Tachar lo que no corresponda) SI NO

URGENTE PREFERENTE DESPACHO TRAMITE NORMAL

DICTAMEN DEL MEDICO AUDITOR:.....

Firma J. Delegación

Firma Médico Auditor

INTERVENCION DEL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES DE SALUD (para ser utilizado en los casos que requieran la participación de esta instancia)

AUTORIZADO SI - NO

DICTAMEN MEDICO AUDITOR EQ. OPERATIVO.....

Firma del J. Medico de Eq. Operativo

Firma de Medico Auditor