

Diagnostico, tratamiento y/o intervenciones quirurgicas que debe efectuarse el paciente

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fecha de diagnostico de la enfermedad: .....

Fecha de inscripcion en el incucaí: .....

Prestador propuesto:

.....  
.....

Prestadores alternativos:

.....  
.....  
.....

Fecha de realizacion de la práctica: ...../...../.....

Lugar donde se realizara la práctica: .....

.....

LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA SIGUIENTE SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. LA FALSEDAD DE LOS MISMOS PODRA DAR LUGAR A LO QUE A DERECHO CORRESPONDA

Firma y sello  
del Médico tratante

Firma del titular

(Formulario para completar en todos sus ítems – Requerimientos del Ministerio de Salud)

Apellido y Nombre del Paciente .....

Antecedentes Personales y heredo-familiares .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Resumen semiológico .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Diagnostico/s .....

.....  
.....  
.....  
.....

Evolución y pronostico .....

.....  
.....  
.....  
.....

Tratamiento/s propuesto/s .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma y sello  
del Médico tratante