

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