

FORMULARIO DE ALTA COMPLEJIDAD



NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA: _____

N° DE /AFILIADO/A : _____ CATEGORÍA: _____

MÉDICO/A SOLICITANTE: _____ M.N./M.P.: _____

PRÁCTICA SOLICITADA: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____

RESUMEN DE CUADRO CLÍNICO: _____

RESUMEN SEMIOLÓGICO: _____

RESUMEN DE ESTUDIOS PREVIOS: _____

Firma y sello del médico/a

Autorización auditoría: _____

Código del N.N.: _____

Validez de la orden: 60 días