PLANILLA DE DENUNCIA - ALTA COMPLEJIDAD

Fecha: ____/____/____

COBERTURA 100% A CARGO DE IOMA

DATOS DEL PACIENTE		DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE
Apellido:		Apellido:
Nombres:		Nombres:
Afiliado N°:		Matrícula Prov.:
Edad:	Sexo: F - M	Tel. celular:
Dirección:		Tel. part.:
Localidad:		Tel. consult.:
Teléfono:		

Diagnóstico presuntivo o confirmado

PRÁCTICAS SOLICITADAS		
Código	Sub grupo	Descripción

Resumen de historia clínica y justificación del estudio o práctica solicitada

(Si no es suficiente el espacio, continúe al dorso)

Exámenes previos relacionados con la solicitud (Enumerar con informe y fecha los estudios avalatorios, además se deberá adjuntar copia de los mismos al momento del estudio).

(Si no es suficiente el espacio, continúe al dorso)

ACLARACIÓN: Los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Firma y sello del profesional solicitante