OSPe OBRA SOCIAL DE PETROLEROS

Solicitud de Prácticas de Alta Complejidad

Prescripción

DATOS DEL AFILIADO/A

APELLIDO/S

NOMBRE/S

NÚMERO DEL AFILIADO/A

EDAD

SEXO (1) F ☐ M ☐

TIPO DOCUMENTO (1) DNI ☐ CI ☐ LC ☐ LE ☐

N° DOCUMENTO

TELÉFONO PARTICULAR

TELÉFONO CELULAR

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

En caso de ACCIDENTE VIAL / INTERVENCIÓN POLICIAL:

Indicar si posee denuncia policial, su registro, denuncia a empresa de seguro y N° de siniestro:

Práctica solicitada:

Diagnóstico presuntivo:

Resumen de Historia Clínica (datos de interés para la práctica solicitada):

Estudios realizados hasta la fecha con sus resultados:

DATOS DEL/A PROFESIONAL PRESCRIPTOR/A

APELLIDO/S

NOMBRE/S

NÚMERO DEL AFILIADO/A

N° DE MATRÍCULA

TELÉFONO

TELÉFONO ALTERNATIVO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

INSTITUCIÓN

Firma y Sello Médico/a Prescriptor/a

Fecha

La información que se incluye en el presente formulario será considerada confidencial por OSPe y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes.

Nota: La totalidad de los datos deberán ser completados a mano con la misma tinta y sin cambios de tipografía. Toda enmienda deberá ser salvada por el profesional prescriptor (con firma y sello).