



ANEXO I

PACIENTES SIN OBRA SOCIAL

Fecha:...../...../..... Hospital.....

DATOS DEL PACIENTE (Completar todos los ítems)

Apellido y Nombre.....

Documento. Tipo:..... Número:.....

Edad:..... : Sexo:..... Nacionalidad:.....

Domicilio:.....

Localidad..... Partido.....

Teléfono del paciente o de referencia.....

Para ser completado por el médico solicitante con letra clara en todos su ítems

R/P.....

(Descripción)

Práctica () Prótesis () Medicamento () Otro ()

Tipo y Ubicación.....

Impresión diagnóstica.....

Resultados de estudios complementarios anteriores al requerimiento

Resumen de Historia Clínica.....

Firma y Sello del Médico

Firma y Sello de jefe de Servicio

Firma y Sello Director