



BQ MARTIN 1738 (C1271ABB) CABA

RNOS 12110-1

4301-4175

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

HISTORIA CLINICA PARA SOLICITUD DE PRACTICA DE ALTA COMPLEJIDAD

IMPORTANTE PARA SU ACEPTACIÓN: Se ruega completar con letra legible o caracteres de imprenta.

| | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| 1 | DATOS DEL PACIENTE | HOJA 1/2 | |
| NOMBRE Y APELLIDO: | | DNI: | |
| NUMERO DE BENEFICIARIO: | EDAD: | Fecha Nacimiento | |
| DOMICILIO: | TELÉFONO: | | |
| LOCALIDAD: | PROVINCIA: | | |
| eMail: | SEXO | M | F |
| Peso (kg) | Altura (cm) | Superficie Corporal (m2) | |
| 2 | ESTUDIO O PRACTICA SOLICITADA (Adjuntar Orden Medica Completa) | | |
| | | | |
| 3 | DIAGNOSTICO PRESUNTIVO | | |
| | | | |
| 4 | ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD, ESTADO ACTUAL | | |
| (detallar estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades) | | | |
| | | | |
| 5 | TRATAMIENTOS PREVIOS | | |
| | | | |
| 5 | FUNDAMENTOS DE LA INDICACIÓN MÉDICA ACTUAL | | |
| | | | |



OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

BQ MARTIN 1738 (C1271ABB) CABA

RNOS 12110-1

4301-4175

HISTORIA CLINICA PARA SOLICITUD DE PRACTICA DE ALTA COMPLEJIDAD

IMPORTANTE PARA SU ACEPTACIÓN: Se ruega completar con letra legible o caracteres de imprenta.

| | | |
|--|---|-------------------|
| 6 | ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO | HOJA 2/2 |
| (adjuntar fotocopia de informes) | | |
| | | |
| 8 | DATOS DEL MEDICO TRATANTE | |
| APELLIDO Y NOMBRE: | | |
| ESPECIALIDAD: | | |
| TELÉFONO LABORAL: | | TELEFONO CELULAR: |
| DIAS Y HORARIO DE ATENCION: | | |
| | | |
| _____ | | _____ |
| FIRMA Y SELLO MÉDICO PRESCRIPTOR | | FECHA |