



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.

<b>1</b>	<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	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)	
<b>2</b>	<b>ESTUDIO O PRACTICA SOLICITADA (Adjuntar Orden Medica Completa)</b>		
..... ..... .....			
<b>3</b>	<b>DIAGNOSTICO PRESUNTIVO</b>		
.....			
<b>4</b>	<b>ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD, ESTADO ACTUAL</b>		
(detallar estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades)			
..... ..... ..... ..... .....			
<b>5</b>	<b>TRATAMIENTOS PREVIOS</b>		
..... ..... ..... ..... .....			
<b>5</b>	<b>FUNDAMENTOS DE LA INDICACIÓN MÉDICA ACTUAL</b>		
..... ..... ..... ..... .....			



# 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.

<b>6</b>	<b>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO</b>	HOJA 2/2
(adjuntar fotocopia de informes)		
<b>8 DATOS DEL MEDICO TRATANTE</b>		
APELLIDO Y NOMBRE:		
ESPECIALIDAD:		
TELÉFONO LABORAL:		TELEFONO CELULAR:
DIAS Y HORARIO DE ATENCION:		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"><div data-bbox="277 1260 708 1302">_____ FIRMA Y SELLO MÉDICO PRESCRIPTOR</div><div data-bbox="812 1260 1349 1302">_____ FECHA</div></div>		