

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