



Entidad Civil • Dto. 12520 • 29/10/60 • PF Pcia. de Buenos Aires
DCION. PERSONAS JURÍDICAS N° 142



PLANILLA DE DENUNCIA – ALTA COMPLEJIDAD

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

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO		MÉDICO SOLICITANTE
Apellido:		Apellido:
Nombres:		Nombres:
Dirección:		Matrícula Profesional:
Localidad:		Institución:
Afiliado N°:		Firma y sello:
Edad:	Sexo:	

Diagnóstico presuntivo ó confirmado:

.....

.....

PRÁCTICAS SOLICITADAS					
Práctica	cantidad		Práctica	Cantidad	

RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EXÁMENES PREVIOS RELACIONADOS CON LA SOLICITUD

.....

.....

.....

.....

ACLARACIÓN: Concurrir para la autorización con los estudios arriba mencionados

Colombres 420 • (1832) Lomas de Zamora • Pcia. de Buenos Aires • Tel./Fax: 4244-9485/1080/1089



ORIZADO

Fecha de Autorización:.....



PRÁCTICAS AUTORIZADAS		
Práctica	Cantidad	Práctica

[illegible]

Autorización válida para Centros Prestadores