

Fecha: ____/____/____

IOMA

Instituto de Obra Medico Asistencial

**PLANILLA DE DENUNCIA – ALTA COMPLEJIDAD
COBERTURA 100% A CARGO DEL 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 ó 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).

ACLARACIÓN: Los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Firma y sello del profesional solicitante