

C.S.P.T.V.

SOLICITUD DE PRÁCTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:

Nº. AFILIADO: **EDAD:** **SEXO:**

DOMICILIO: **LOCALIDAD:**

ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS CON ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y/O DE TRABAJO:

ENFERMEDAD ACTUAL:

EXÁMEN FÍSICO (Datos Positivos):

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: (Laboratorio de Imágenes):

MEDICACIÓN QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD:

PRESTACIÓN QUE SOLICITA:

¿TIENE OTRA REALIZADA? SI/NO FECHA: **INFORME (Resumen):**

SUGIERA ESTUDIO O PRÁCTICA ALTERNATIVA:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

TRATAMIENTO A SEGUIR SI EL ESTUDIO SOLICITADO (Responder con datos específicos):

ES POSITIVO:

ES NEGATIVO:

PLAZO EN EL CUAL DEBE REALIZARSE EL ESTUDIO:

LUGAR Y FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL