



OSPIA

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN DELEGACIÓN PROVINCIA DE BUENOS AIRES

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE PRÁCTICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

Ecodoppler – Centellograma y Gammagrafía - TAC – RNM – Laboratorio por RIA - Otras Prácticas

DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRE:.....

NRO DE BENEFICIARIO:PLAN:.....

EDAD:.....

DOMICILIO:.....LOCALIDAD:.....

1. Estudio solicitado:.....

2. Antecedentes de enfermedad actual

.....

3. Enfermedad actual

4. Datos clínicos positivos actual.....

.....

5. Resultados de estudios realizados con anterioridad.....

.....

6. Motivo de la práctica a) Diagnostico_____ b) Control_____

7. Diagnostico presuntivo.....

8. La realización de la practica modifica el pronostico.....

9. Conducta terapéutica posterior a la práctica.....

.....

DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

Apellido y nombre

Especialidad

Lugar de trabajo

Teléfono

Matricula N°

Horario de atención

FIRMA_____

SELLO_____