

Pedido de Estudios Complementarios fuera del Hospital

Estudio solicitado:.....
.....
.....

Con contraste: sí no **Con anestesia:** sí no

Nombre: **Fecha de nacimiento:**/...../.....

Edad: **Peso:** **HC N°:**

Sexo: masculino femenino **DNI:**

Obra Social: **N° de afiliado:**

Domicilio: **Tel. de contacto:**.....

Diagnóstico presuntivo:

.....
.....

Antecedentes:

.....
.....

Evolución y tratamientos efectuados:

.....
.....

Antecedentes Heredofamiliares:

- a. Embarazo y parto:
- b. período neonatal:
- c. Enfermedad de los familiares directos:
- d. Estado nutricional:
- e. Evolución psicomotriz para su edad:

.....

Jefe del Servicio

.....

Médico/a solicitante

.....

Dirección del HMISR