

Pedido de Estudios Complementarios fuera del Hospital

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

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