

Solicitud de Prácticas de Diagnóstico

Reg-06 Última revisión 16 nov 2022



Nombre y apellido:	Fecha: / /
Número de afiliado:	Edad:

Motivo de Consulta:

Resumen de Historia Clínica

--

Diagnósticos Presuntivos

A	
B	
C	

Exámenes complementarios ya realizados (con protocolo de informes)

--

Tratamientos Realizados

--

Firma y Sello del Profesional

Agradecemos a los Señores Profesionales cumplimentar los ítems precedentes con letra legible o mecanizada. Si es necesario, enviar en sobre cerrado.

Lugar y Fecha

Auditoría Médica