



INSTITUTO DE OBRA SOCIAL  
DEL EMPLEADO PROVINCIAL

## SOLICITUD PARA ESTUDIO DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD O PRACTICA NO NOMENCLADA

1) PRESTACION SOLICITADA: \_\_\_\_\_

### 2) DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado

3) ANTECEDENTES CLINICOS (breve resumen) \_\_\_\_\_

4) EXAMEN FISICO (solamente datos comprobados) \_\_\_\_\_

5) ESTUDIOS EFECTUADOS PREVIAMENTE (informe de signos positivos): \_\_\_\_\_

6) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

7) MOTIVO POR LOS CUALES SOLICITA EL ESTUDIO (que es lo que se busca o pretende):

8) MODIFICARIAN LA CONDUCTA TERAPEUTICA (referido a los presuntos hallazgos):

### 9) DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Mat. Prof.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional

NOTA: Para consideración de la solicitud, se necesita que los items se cumplimenten debidamente.