Solicitud para Prestaciones Especiales

SCIS Medicina Privada

DATOS DEL AFILIADO *

Nombre y Apellido ..... Fecha Nac ..... Sexo: Fem. ☐ Masc. ☐

N° de Afiliado ..... .DNI/LC/LE ..... Edad: .....

Domicilio ..... Tel: .....

Provincia ..... Localidad ..... Mail .....

* Se debe completar de forma obligatoria todos los campos requeridos y respaldar con la documentación solicitada

Resumen de Historia Clínica: (Datos de interés para el estudio solicitado) *

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico presuntivo *

.....

.....

Estudios realizados hasta la fecha deben adjuntar link de estudios, qr o imagenes *

.....

.....

Resultados Obtenidos: (que indiquen claramente la necesidad del estudio a fin de orientar la conducta a seguir en el caso por ejemplo: cirugía, tratamiento conservador, estudio, estudio invasivo de alta complejidad, etc.) *

.....

.....

Prestaciones que se solicitan: (Adjuntar presupuesto según corresponda) *

.....

.....

Solicitud para Prestaciones Especiales

SCIS Medicina Privada

Que se espera obtener de los estudios solicitados *

.....

.....

En que incidirá sobre la conducta terapéutica el estudio solicitado *

.....

.....

MÉDICO TRATANTE *

Nombre y Apellido ..... Teléfono .....

Domicilio .....

Horario de Consulta .....Teléfono Móvil .....

M.N° ..... M.P° ..... Mail .....

.....

Firma/Sello Profesional

Fecha ..... /..... / 20.....