



Formulario de Solicitud de Prácticas de Alta complejidad

DATOS DEL AFILIADO/A

Apellido y Nombre/s:		N° Afiliado:	
Edad:	Sexo : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Tipo y N° de documento:	
Teléfono particular:		Teléfono celular:	
E-Mail:			
Practica solicitada:			
Ambulatorio: <input type="checkbox"/> Internacion: <input type="checkbox"/> Programada: <input type="checkbox"/> Urgente: <input type="checkbox"/>			
Diagnostico presuntivo:			
Resumen de Historia Clínica (datos de interés para la práctica solicitada)			
Estudios realizados hasta la fecha con sus resultados			

DATOS DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR

Apellido y Nombre/s:	
N° Matricula Nacional:	N° Matricula Provincial:
Teléfono:	
Institución:	

Firma y Sello Medico
Prescriptor

Fecha

La información que se incluye en el presente formulario será considerada confidencial por ASI S.A. y amparada por la ley N°26529 Derechos del Paciente, Ley N° 17132 Ejercicio de la Medicina, Ley 25506 Firma Digital y Ley 26326 Protección de los Datos Personales.
Nota: La totalidad de los datos deberán ser completados con letra legible, sin abreviaturas y con la misma tinta y sin cambio de tipografía. Toda enmienda deberá ser salvada por el profesional prescriptor (con firma y sello)