

**FEDERACION MEDICA DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Adherida a la Confederación Medica de la República Argentina
Calle 54 Nº 920 – Tels.: (0221) 4256641/46 – Fax (0221) 4256190 – La Plata

Solicitud para prácticas que requieren autorización previa

Obra Social: Entidad Primaria: Numero Afiliado:

Apellido: Nombres:

Edad: Sexo: Domicilio: Teléfono:

Médico Tratante: Apellido y Nombres

Domicilio: Teléfono:

Otros sitios donde localizarlo:

..... la práctica:

.... Consultorio externo:

Internando al Paciente:

¿Utilizara algún tipo de anestesia?

¿Utilizara algún medico de contraste?

Información Clínica: Indispensable para la autorización

Estudios previos realizados:

Patología probable:

Localización probable:

Firma del médico

Sello

Para uso exclusivo de la Obra Social:

Autorizado por:

Firma personal autorizado

Sello