INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA BONOS DE CONSULTA

Fecha: ...../...../.....

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO	MÉDICO SOLICITANTE
Apellido:	**Apellido:**
Nombres:	**Nombres:**
Dirección:	**Matrícula Profesional:**
Localidad:	**Institución:**
Afiliado Nro.:	**Firma y Sello:**
Edad: **Sexo:**	

Diagnóstico presuntivo o confirmado: .....

.....

.....

Cantidad de Bonos de Consulta Solicitados: .....

Resumen de Historia Clínica (Justificar mas de tres consultas mensuales)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Obtenga este formulario en el CD de Normas de la www.fernandocarlos.com.ar

Derivaciones a otros Especialistas

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Reservado para Auditoría Médica

Autorizado: **SI** ☐ **NO** ☐

Fecha: ...../...../.....

Firma y Sello Médico Auditor

.....

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Obtenga este formulario en el CD de Normas de la www.fernandocarlos.com.ar