

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PRÁCTICAS T.A.C. Y ECOGRAFIAS.

AFILIADO:(Apellido y Nombres).....
SEXO:..... EDAD:.....DOCUMENTO:.....
Tipo Número
DOMICILIO:.....Localidad:.....

RESÚMEN DE EXÁMEN FÍSICO:.....

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS YA SOLICITADOS:.....

DATOS POSITIVOS PARA LA PATOLOGÍA SOSPECHADA:.....

DATOS NEGATIVOS PARA LA PATOLOGÍA SOSPECHADA:.....

DIANÓSTICO PRESUNTIVO:.....

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES YA REALIZADOS:.....

INJERENCIA DE LA ECOGRAFÍA - T.A.C. EN EL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO A IMPLEMENTAR:.....

PROBABLES TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS SEGÚN EL RESULTADO OBTENIDO:.....

DÉSE ORDEN T.A.C.....

ECOGRAFÍA

FECHA: / /

FIRMA Y SELLO
MEDICO SOLICITANTE.

DICTAMEN DE AUDITORIA MÉDICA:.....

FECHA: / / HORA:

FIRMA Y SELLO
MÉDICO AUDITOR.