Planilla de Solicitud para Pacientes 1/2

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

FECHA

INSUMOS ◯ INTERNADO ◯

ESTUDIOS ◯ AMBULATORIO ◯

A COMPLETAR POR EL ÁREA ASISTENCIAL SOLICITANTE

Nombre y Apellido del paciente:

DNI | Fecha de nacimiento | Edad

Tel. | Correo electrónico

N° Historia Clínica | **Piso** | **Cama**

Obra Social SI ◯ NO ◯ **Cual**

DIAGNÓSTICO

INSUMO / ESTUDIO solicitado

Planilla de Solicitud para Pacientes 2/2

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

RESUMEN de Historia Clínica:

Observaciones

MEDICO SOLICITANTE
APELLIDO Y NOMBRE:
N° DE MATRÍCULA: