

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS CLIPS ENDOSCOPICO

DATOS DEL BENEFICIARIO

Fecha:.....

Apellido y Nombre:..... DNI:..... Edad:.....

Domicilio: Localidad..... Teléfono:.....

Diagnóstico:..... Resolución Especial SI NO

PARA SU AUTORIZACION DEBE:

- SER SOLICITADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA
- ADJUNTAR COPIA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Estudios complementarios: ENDOSCOPIA DIGESTIVA ECOGRAFIA TAC RNM

Marcar con **X** los casilleros que corresponda:

CLIPS ENDOSCOPICO

ADULTO

PEDIATRICO

CANTIDAD

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono:

PARA SER COMPLETADO POR EL AREA QUE CORRESPONDA (AUDITORIA/PLANES ESPECIALES)

AUTORIZADO

CANTIDAD

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL AREA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR