



PLANILLA DE DENUNCIA - ALTA COMPLEJIDAD
COBERTURA 100% A CARGO DEL IOMA

DATOS DEL PACIENTE		DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE	
Apellido:		Apellido:	
Nombres:		Nombres:	
Afiliado N°		Matrícula Prov.:	
Edad:	Sexo: F - M	Tel. celular;	
Dirección:		Tel part.:	
Localidad:		Tel. Consult.:	
Teléfono:			

Diagnóstico presuntivo o confirmado

PRACTICAS SOLICITADAS		
Código	Sub grupo	Descripción

Resumen de historia clínica y justificación del estudio o práctica solicitada
(Si no es suficiente el espacio, continúe al dorso)

Exámenes previos relacionados con la solicitud (Enumerar con informe y fecha los estudios
avalatorios, además se deberá adjuntar copia de los mismos al momento del estudio)
(Si no es suficiente el espacio, continúe al dorso)

ACLARACION: Los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de DECLARACION JURADA

Firma y sello del profesional solicitante