

# FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Adherida a la Confederación Médica de la República Argentina  
Calle 5 N° 473 – Tels. (0221) 439-1300 (líneas rotativas) Fax: (0221) 439-1375 – La Plata

## Solicitud para prácticas que requieren autorización previa

Obra social:	Entidad primaria:	Número Afiliado:
Apellido/s:	Nombre/s:	
Edad:	Sexo:	Domicilio:
		Teléfono:
Médico tratante: Apellido/s y Nombre/s:		
Domicilio:		Teléfono:
Otros sitios donde localizarlo:		
Realizará la práctica:		
Por consultorio externo:		
Internando al paciente:		
¿Utilizará algún tipo de anestesia?		
¿Utilizará algún medio de contraste?		
Información clínica: <b>Indispensable para la autorización</b>		
Estudios previos realizados:		
Patología probable:		
Localización probable:		
Firma del médico		Sello
Para uso exclusivo de la Obra Social:		
Autorizado por:		
Firma personal autorizada		Sello