

FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Adherida a la Confederación Médica de la República Argentina
Calle 5 Nº 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: Indispensable para la autorización			
Estudios previos realizados:			
Patología probable:			
Localización probable:			
<hr/>		<hr/>	
Firma del médico		Sello	
Para uso exclusivo de la Obra Social:			
Autorizado por:			
<hr/>		<hr/>	
Firma personal autorizada		Sello	