

**PLANILLA DE DENUNCIA - ALTA COMPLEJIDAD**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**COBERTURA 100% A CARGO DE IOMA**

<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	<b>DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE</b>
Apellido:	Apellido:
Nombres:	Nombres:
Afiliado N°:	Matrícula Prov.:
Edad: <span style="float: right;">Sexo: F - M</span>	Tel. celular:
Dirección:	Tel. part.:
Localidad:	Tel. consult.:
Teléfono:	

**Diagnóstico presuntivo o confirmado**


---



---

**PRÁCTICAS 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)

---



---



---



---



---

**ACLARACIÓN:** Los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA.