

## SOLICITUD DE PRÁCTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD

**APELLIDO Y NOMBRE:**.....

**Nº DE AFILIADO:**..... **EDAD:**.....

**LOCALIDAD:** ..... **TELÉFONO CONTACTO:**.....

*(MARCAR CON UN CÍRCULO EL DATO REQUERIDO)*

**DIRECTO / DESREGULADO**

**MASCULINO / FEMENINO**

**PLAN:**.....



**OTRO:**.....

**FECHA:**.....

**MÉDICO SOLICITANTE:**.....

**ESPECIALIDAD:**.....

**MATRÍCULA:**..... **TELÉFONO CONTACTO:**.....

**PRÁCTICA SOLICITADA:** .....

.....

**HISTORIA CLÍNICA:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**ESTUDIOS PREVIOS:** .....

.....

.....

.....

.....

**DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** .....

.....

.....

.....

.....

.....  
**FIRMA DEL MÉDICO**

.....  
**SELLO**