

**PLANILLA DE DENUNCIA - ALTA COMPLEJIDAD**

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

**COBERTURA 100% A CARGO DE 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**

---



---

| 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.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional solicitante