

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PRESTACIONES ADICIONALES

N° de siniestro:

Fecha de emisión:

☐ Práctica

☐ Material

☐ Ambulatorio

☐ Derivación

☐ Internado

### DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre:

CUIL / DNI N°:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: M ☐ F ☐

Nacionalidad:

Estado Civil:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Tel.:

### DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social:

CUIT N°:

### DATOS DEL PRESTADOR SOLICITANTE

Razón Social:

CUIT N°:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Tel.:

Referente:

Tel. / Int.:

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (fundamentar solicitud):

### PRACTICA SOLICITADA (por nombre genérico):

### MATERIALES SOLICITADOS (por nombre genérico):

### DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Domicilio de entrega del material:

Localidad:

Tel.:

Fecha de Cirugía:

Firma y Sello Médico Solicitante

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA ART

Autorizado:

Observaciones:

FIRMA Y SELLO AUDITORÍA MÉDICA