



Formulario de solicitud y autorización  
DECLARACION JURADA MEDICO TRATANTE -PACIENTE

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE y APELLIDO DEL PACIENTE: .....	
Historia Clínica Nº : ..... Afiliado Nº: ...../.....	
Edad: ..... Sexo: ..... Fecha de Nacimiento: ...../...../.....	
Directo <input type="checkbox"/>	Indirecto <input type="checkbox"/> Domicilio: .....
Teléfono..... Celular.....	
<input type="checkbox"/> <u>FORMULA LÁCTEA PARA PROPÓSITOS METABÓLICOS ESPECIALES Y/O MEDICAMENTOSA</u>	
.....Dosis-Consumo/día.....	
Tiempo de tratamiento:.....	
Diagnóstico:.....	
Peso:..... Altura:..... Percentil:.....	
Fecha de inicio de tratamiento: ...../...../..... Fecha de Diagnóstico: ...../...../.....	
PROTOCOLO	
BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
DATOS DEL MEDICO SOLICITANTE	
NOMBRE y APELLIDO del MEDICO SOLICITANTE: .....	
M.P.Nº ..... Fecha: ...../...../..... FIRMA Y SELLO: .....	
AUTORIZACION D.O.S.	
...../...../.....	
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR	FECHA

**IMPORTANTE**

*El presente formulario deberá completarlo Médico Especialista con letra clara y legible, sin omisión de datos. Médico solicitante deberá informar dato de contacto (dirección de correo electrónico o número de celular). A la vez deberán adjuntarse todos los estudios que acrediten la patología de base y que justifiquen la solicitud nutricional. La omisión de alguno de los requisitos nombrados será causa de no admisión de documentación a los fines de Proceso evaluación de la Auditoría Médica de la D.O.S. En caso de requerir adjuntar ampliación de historia clínica, la misma se admitirá en forma original.*