

**OBRA SOCIAL:**.....

**Solicitud para prácticas que requieren Autorización Previa**

Plan.....Nº de Afiliado:.....

Apellido .....

Nombres:.....

Edad:..... Sexo:..... DNI.....

Domicilio:.....Teléfono:.....

Médico Tratante:

Apellido y Nombres:.....

Domicilio:..... Teléfono:.....

**Realizará la práctica:** .....

Por consultorio Externo:.....

En Internación: .....

Utilizará algún tipo de Anestesia: .....

Utilizará algún medio de Contraste: .....

**Información Clínica: Indispensable para la Autorización**

Estudios previos realizados: .....

.....

Patología probable: .....

Localización probable: .....

.....

.....

Firma del Médico

Sello

Para uso exclusivo e la Obra Social:  
Autorizado por:

.....  
Firma autorizante

.....  
Sello