

ANEXO V

SOLICITUD DE VIDEOCOLONOSCOPIAS DE PACIENTES EN EL RANGO DE EDAD DEL
PROGRAMA – SOMF Negativa / Sin antecedentes – Código 88.08.02

DATOS DEL PACIENTE

Número de Afiliado.....

Apellido y Nombre.....

Fecha de nacimiento

Teléfono / Celular de contacto.....

E-mail.....

Matricula Solicitante:

Los siguientes puntos se debe completar con un tilde donde corresponda

A) SINTOMAS.

SI.

Cuales:
.....
.....
.....
.....
.....

NO.

B) Resultados de Estudios Anteriores y fecha de realización