



**FORMULARIO DE PRESTACIÓN
RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR**

DATOS DEL ACCIDENTE

Ap. y Nombres: Tipo de doc.: N°:

Fecha de Nac.:

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Edad: Género: Afiliado N°:

Domicilio: Barrio:

Localidad: CP: Provincia:

Teléfono: - Celular: -

Médico solicitante: M.P.: Celular: -

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA (letra legible)

Motivo de Consulta:

.....

.....

.....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL, DESCRIBIR SÍNTOMAS Y SIGNOS

.....

.....

.....

.....

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

.....

.....

.....

.....

RESULTADOS DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

a)

b)

c)

TRATAMIENTO Y RESPUESTA

.....
.....
.....
.....

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA LA R.M.N.

.....
.....
.....
.....

PLANTEAR CONDUCTAS TERAPÉUTICAS CON EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

.....
.....
.....
.....

Diagnóstico Presuntivo: a)
b)
c)

CÓDIGO SOLICITADO 34-20-01

Anestesia: Si No

.....
.....
.....
.....
**Firma y Sello
Médico Tratante**

AUTORIZACIÓN

.....
.....
.....
**Firma y Sello
Médico Auditor**

.....
.....
.....
**Sello
Instituto de Seguros de Jujuy**

.....
.....
Fecha

Posteriormente el paciente deberá presentar en la Auditoría, fotocopia del informe (resultado).