

Datos del afiliado

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Tipo y número de documento	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	Teléfono	(<input type="text"/>) <input type="text"/>

Información a completar

Resumen de Examen Físico:

Exámenes complementarios ya solicitados:

Datos positivos para la patología sospechada:

Datos negativos para la patología sospechada:

Diagnóstico Presuntivo:

Diagnóstico diferenciales ya realizados:

Injerencia del T.A.C. en el tratamiento médico o quirúrgico a implementar:

Probables tratamientos médicos o quirúrgicos según el resultado obtenido:

Orden de: T.A.C. Resonancia Fecha

Dictamen de Auditoría Médica

Firma y sello Médico solicitante

Firma y sello Médico Auditor