



## PLANILLA 60 - AUTORIZACIÓN PARA ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD, CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:.....

EDAD:..... SEXO:..... N AFILIADO:.....

COMIENZO DE LA ENFERMEDAD (FECHA):.....

**1. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA** (Datos de interés para el estudio solicitado):

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

**2. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:** .....

.....

**3. ESTUDIOS REALIZADOS HASTA LA FECHA:** .....

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

**4. RESULTADOS OBTENIDOS** (Que indiquen claramente la necesidad del estudio a fin de originar la conducta a seguir en el caso de ej. Cirugía, tratamiento conservador, estudio invasivo de alta complejidad, etc.).....

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

**5. ESTUDIOS/SOLICITUD DE COBERTURA DE:** .....

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

**6. QUE SE ESPERA OBTENER DE LOS ESTUDIOS SOLICITADOS:** .....

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

**7. EN QUE INCIDIRA LA CONDUCTA TERAPEUTICA EL ESTUDIO SOLICITADO:**

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

Firma y sello  
Del Profesional Tratante

Firma y sello del  
Medico Auditor

Autorización – Auditoria Medica Central  
(En caso de ser autorizado el estudio se deberá facturar con la presente autorización y el duplicado del informe y/o protocolo))