Laprida 292 Oeste - Capital C.P.: 5400 - San Juan - Argentina
Tel.: 0264 4220654 - 4214749
Email: recepcion@colmedsanjuan.com.ar

FORMULARIO DE ENDOSCOPIA
(Para ser completado por médico solicitante)

Datos del Paciente:

Número de Afiliado:…… Plan:……..
Apellido y Nombre:……Edad:……
Teléfono:……
Domicilio:……..……..……..……..……..……..……..……... Nº…….. Localidad:……..……..……...…..

PRÁCTICAS SOLICITADAS

Código	Descripción

HISTORIA CLÍNICA

……
……
……
……
……

TRATAMIENTO PREVIO REALIZADO

……
……
……
……
……
……

……..	……..	……
Firma y sello Profesional	**Fecha**	**Auditoria Médica**

*** ADJUNTAR ESTUDIOS PREVIOS**
*** COMPLETAR LOS DATOS CON LETRA LEGIBLE**