

Fecha:

**Planilla de Alta Complejidad****Afiliado**

Apellido y nombre:

Legajo:

Edad

Teléfono:

**Práctica solicitada****Presupuesto**PrácticaCódigo

Si (adjuntar)

No

**Diagnóstico (presuntivo/confirmado)****Resumen de Historia Clínica****Exámenes previos (adjuntar informes)****Profesional**

Teléfono:

Días y horarios de contacto

Firma y sello

**DOSEM**

Teléfono:

(0291)-4556962

Mail:

consultasafiliados@dosembahia.com

Seguinos en nuestras redes

