

### Datos del afiliado

Apellido y Nombre:	Edad	D.N.I.
Domicilio	Localidad	
E-mail de contacto	Teléfono	

### 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. <input type="checkbox"/>	Resonancia <input type="checkbox"/>	Fecha
-----------	---------------------------------	-------------------------------------	-------

Dictamen de Auditoría Médica

Firma y sello Médico solicitante

Firma y sello Médico Auditor