

6. Informes y/o estudios complementarios al diagnóstico adjuntos

Seleccione lo que corresponda - Tenga en cuenta que deberá adjuntar la/s copia/s del/los informes que seleccionó

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Por la clínica | <input type="checkbox"/> PEC - TC |
| <input checked="" type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio de baja complejidad | <input type="checkbox"/> CA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio de alta complejidad | <input type="checkbox"/> PSA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> a-fetoproteína |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tomografía A.C | <input type="checkbox"/> CA 19-9 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Resonancia Nuclear Mag. | <input type="checkbox"/> CA 125 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Espirometría | <input type="checkbox"/> FRG |
| <input checked="" type="checkbox"/> Densitometría | <input type="checkbox"/> Centellograma óseo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otro: | |

7. Tratamiento indicado y/o plan terapéutico

Principio activo	Presentación	Dosis M2	Dosis DIA	Días de tratamiento	N° de ciclos (oncología)

Adjuntar al formulario:

- ♦ Resumen de historia clínica completo
- ♦ Fotocopia de la credencial
- ♦ Fotocopia de informe de estudios asociados

El formulario debe estar completo, firmado y sellado por un médico prestador de Apross

- ♦ Esta solicitud será procesada sin excepción cuando se cumplimenten **todos** los requisitos médicos y afiliatorios solicitados.

- ♦ El empadronamiento debe **renovarse** de manera anual o cada vez que cambie el medicamento o su dosis.

Firma y sello del médico

Firma y aclaración del afiliado

El presente formulario reviste el carácter de DECLARACIÓN JURADA y es fiel reflejo de la situación de salud actual del paciente