

Nº de trámite

SOLICITUD DE RADIOTERAPIA

Nombre y apellido:

Nro. de afiliado:

Diagnóstico:

OPCION 1

Solicita:

OPCION 2 *

Firma y sello médico

(*) El médico debe completar la 2da. Opción para el caso en que la Auditoría o Proveedor deniegue la primera opción.