

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE DENSITOMETRÍA (DMO)

Nombre y Apellido		Fecha			
Número Afiliado		Edad			

Práctica solicitada:

Diagnóstico presuntivo:

Resumen de Historia Clínica con puntaje IARO:

Estudios Previos (detallar fecha y resultados)

Motivo del pedido	¿Modifica la actitud terapéutica?	Sí	No	¿Es de control?	Sí	No	¿Es diagnóstico?	Sí	No
-------------------	-----------------------------------	----	----	-----------------	----	----	------------------	----	----

Fundamentación:

Sello y Firma: