



DENSITOMETRIA OSEA
FORMULARIO DE AUTORIZACION

Apellido y Nombres del Paciente:
N° de Afiliado:

Edad:	
Factores de Riesgo:	
Peso Actual:	Talla Actual:

Antecedentes Médicos Quirúrgicos:
--

DMO anteriores *(Fechas y Resultados):

*- Adjuntar copia del antecedente

Tratamiento Realizado y su Evolución:		
Profesional Interviniente:	Matrícula:	
Especialidad:	Te:	Firma:

Espacio Reservado para la Auditoría de A.M.E.B.P.B.A.

Puntaje IARO:	Autorizado SI / NO
----------------------	---------------------------

Fecha: / /

.....
Firma del Médico Auditor