



**DENSITOMETRIA OSEA**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACION**

<b>Apellido y Nombres del Paciente:</b>
<b>N° de Afiliado:</b>

<b>Edad:</b>	
<b>Factores de Riesgo:</b>	
<b>Peso Actual:</b>	<b>Talla Actual:</b>

<b>Antecedentes Médicos Quirúrgicos:</b>
--

<b>DMO anteriores *(Fechas y Resultados):</b>
---

\*- Adjuntar copia del antecedente

<b>Tratamiento Realizado y su Evolución:</b>		
<b>Profesional Interviniente:</b>	<b>Matrícula:</b>	
<b>Especialidad:</b>	<b>Te:</b>	<b>Firma:</b>

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

<b>Puntaje IARO:</b>	<b>Autorizado SI / NO</b>
----------------------	---------------------------

Fecha:        /        /

.....  
**Firma del Médico Auditor**