



**IOSCor**  
**Instituto de obra Social**  
**de Corrientes**

**AUDITORIA MEDICA**  
**PRACTICA ESPECIALIZADA**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tipo/N° Documento: \_\_\_\_\_ Dr. / Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Antecedentes: \_\_\_\_\_

Enfermedad actual: \_\_\_\_\_

Resumen Semiológico: \_\_\_\_\_

Evolución: \_\_\_\_\_

Impresión Diagnóstica Fundamentada: \_\_\_\_\_

Plan Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Terapéutica Instituida: \_\_\_\_\_

Plan Terapéutico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alteraciones Esfinterianas:

<input type="checkbox"/>	Vesical
<input type="checkbox"/>	Rectal
<input type="checkbox"/>	Ambas

Rehabilitación Plan Terapéutico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodicidad Sugerida: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicación Específica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Evaluación de la Rehabilitación Efectuada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orientación hacia otras Prestaciones Terapéuticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma / Sello  
Fecha:...../...../.....