

IMPORTANTE: Para el ESPECIALISTA y AFILIADO

De acuerdo a la legislación vigente, la indicación médica de Prótesis deberá efectuarse por nombre genérico, no aceptándose la receta con marcas registradas o sugerencias de proveedor u especificaciones técnicas que impliquen la prescripción encubierta de determinado producto. No se reconocerán las prótesis traumatológicas denominadas miogénicas o bioeléctricas. No se aceptarán reintegros.

FECHA: / / .

DATOS DEL PACIENTE

N° Afiliado: Tipo y Nro. de Doc.: Edad:

Apellido y Nombres: Sexo:

Domicilio: Teléfono: Localidad:

Familiar responsable: Teléfono:

DIAGNOSTICO

Antecedente de enfermedad actual:

Diagnóstico principal:

TIPO DE OPERACIONES

Actualmente internado SI - NO

 URGENTE PROGRAMADA**LUGAR DE INTERNACION**

Sanatorio/Clinica/Otros:

Dirección:

LUGAR DE ENTREGA DE PRÓTESIS – INSUMO ESPECIAL

Lugar y Fecha de entrega:

Fecha de Cirugía: / / Responsable de Recepción:

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL SOLICITADO**CANTIDAD**

1.

2.

3.

4.

5.

NOTA IMPORTANTE: Acompañar formulario con receta original, copia de últimos estudios y/o prácticas realizadas y breve resumen de Historia Clínica respaldatoria.**DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y EL MEDICO TRATANTE**

Institución Solicitante: Domicilio:

Apellido y Nombres del Profesional:

Especialidad: Tipo y N° de matrícula:

Tel. del Profesional Solicitante: Tel. Celular:

IMPORTANTE PARA SU ACEPTACIÓN: Se ruega completar con letra legible, caracteres de imprenta o a máquina por el médico tratante.Profesional
Tratante

Firma y Sello