FORMULARIO DE SOLICITUD MÉDICA
(PROTESIS – INSUMOS ESPECIALES)

FECHA: / /200 .- **DATOS DEL PACIENTE** **ANEXO IV** **PAG 1**

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

Apellido y Nombres: . . . . . Sexo. . . . . .

Domicilio del Paciente: . . . . . .

Tél.del Paciente:. . . . . Localidad del Paciente:. . . . . .

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

TIPO DE CIRUGIA

○ **URGENCIA**	○ **INTERNADO**
○ **PROGRAMADA**	○ **AMBULATORIO**

LUGAR DE INTERNACIÓN

Sanatorio/ Clínica/ Otros: . . . . . .

Dirección: . . . . . Profesional Tratante: . . . . . .

LUGAR DE ENTREGA DE PROTESIS – INSUMO ESPECIAL

Lugar y Fecha de entrega: . . . . . .

Fecha de Cirugía: . . . . . /. . . . . /200 . . . . . 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 practicas realizadas y breve resumen de Historia Clínica respaldatoria.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL MÉDICO TRATANTE

- Institución Solicitante: ..... - Domicilio: .....

- Apellido y Nombres del Profesional: .....

- Especialidad: ..... - Tipo y Nº de matricula: .....

- Tél. del Profesional Solicitante:..... - Tél. Celular: .....

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

Profesional Tratante	Firma y Sello	Médico Auditor Zonal	Firma y Sello

RECIBIDO POR MEDICO AUDITOR ZONAL: / / 200 .-