FORMULARIO DE SOLICITUD DE PROTESIS

DELEGACION SOLICITANTE: *CODIGO INTERNO:*

FECHA DE SOLICITUD _____/_____/_____ FECHA DE CIRUGIA_____/_____/_____

POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE. MUCHAS GRACIAS.

Nª DE AFILIADO: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOCUMENTO Nª:_____ D.N.I. ( ) – L.E./L.C. ( ) – FEM ( ) – MASC ( )

DIRECCION: _____

LOCALIDAD: _____ C.P.: _____

PROVINCIA: _____ Nº TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ AMBULATORIO ( ) - INTERNADO ( ) – URGENTE ( ) -

DATOS DE LA INSTITUCION O CENTRO ASISTENCIAL

NOMBRE:_____

DIRECCION: _____

LOCALIDAD_____ C.P.: _____ PROVINCIA:_____

Nª TELEFONO: _____ Nª FAX: _____

LUGAR DE ENTREGA: _____

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRE:_____

MATRICULA PROVINCIAL: _____ MATRICULA NACIONAL: _____

Nª TELEFONO: _____ Nª CELULAR: _____

PROTESIS SOLICITADA

*OPCION 1*_____

*OPCION 2*_____

*OPCION 3*_____

DIAGNOSTICO

_____

_____

RESUMEN HISTORIA CLINICA

_____

_____

FIRMA MÉDICO PRESCRIPTOR

FIRMA AUDITOR **FIRMA GERENCIA PRESTACIONAL**

SE AUTORIZA PROVISION DE PROTESIS:_____

_____

VALOR $_____ (SOBRE LISTADO DE PRECIO DE REFERENCIA)
CUENTA CON LA APROBACION DEL MEDICO INTERVINIENTE.

FIRMA AUDITOR SIPROTEC