



FORMULARIO PARA SOLICITUD DE PROTESIS, ORTESIS Y OTROS

----- A completar por el Médico Tratante -----

Nombre y Apellido.....

Nº Afiliado:..... Obra Social:..... Edad:.....

Dirección:.....Localidad.....Tel:.....

Resúmen de H. C. (Concisa con suficientes datos para emitir dictamen médico)

.....
.....
.....
.....
.....

Procedimiento Quirúrgico y/o práctica a realizar:

.....
.....

Fecha propuesta para la prestación:

Lugar:.....

Elemento solicitado (Origen Nacional, Característica Técnicas, NO Marcas)

.....
.....
.....

Alternativas a lo solicitado: (Si no hubieren elementos alternativos, fundamentarlo)

1-

2-

Tiempo estimado de uso (Cuando correspondiere a elementos con devolución prevista

y/o alquiler).....

.....

Sello y Firma del Profesional