

N° de Internación

Datos del paciente

Apellido y Nombre:	Edad	Fecha de nacimiento
C.U.I.L.	Estado civil	Teléfono
Domicilio	Localidad	
Familiar responsable	Teléfono	

Diagnóstico

Antecedentes de enfermedad actual
Diagnóstico principal

Actualmente internado

SI ☐

NO ☐

Tipo de operación

Urgente ☐

Programada ☐

Lugar de Internación

Sanatorio/Clinica/Otros	
Dirección	
Lugar y fecha de entrega de prótesis	
Responsable de la recepción	Fecha de cirugía

Descripción de material solicitado

	Cantidad

Acompañar formulario con receta original, copia de últimos estudios y/o prácticas realizadas y breve resumen de Historia Clínica respaldatoria. De acuerdo a la legislación vigente, la indicación médica de prótesis deberá efectuarse por nombre genérico, no de marcas registradas. No se reconocerán prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas.

Datos de la institución y el médico tratante

Institución solicitante	
Domicilio	Especialidad
Apellido y nombre del profesional	
Tipo y N° de matrícula	Tel. del profesional solicitante

Firma y sello del profesional