

**SOLICITUD DE PROVISIÓN DE PRÓTESIS, ÓRTESIS, AUDIFONOS Y OTROS
(PARA SER COMPLETADO POR MÉDICO SOLICITANTE)**

Datos del Paciente:

Número de Afiliado:..... Plan:.....
Apellido y Nombre:..... Edad:.....
Teléfono:.....
Domicilio:..... N°..... Localidad:.....

Datos del médico solicitante:

..... Mat. Prof.:
Correo electronico:
Telefono:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(En forma clara y concisa con los datos suficientes que permita emitir dictámen médico)

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y/O PRESTACIÓN A REALIZAR

Fecha estimada de la prestación:..... Programada Urgencia
Entidad donde se realizará.....

Accidente de Trabajo Accidente de Tránsito Accidente Inculpable

Elementos solicitados (origen nacional, características técnicas, no marcas)

(En caso de no ser suficiente el espacio, completar al dorso)

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

Características técnicas (no marcas)

Circunstancias que justifican esas características

Alternativas:

.....
Firma y sello Profesional

.....
Fecha

.....
Auditoria Médica

* Completar los datos con letra legible

* Adjuntar informes de estudios realizados inherentes a la patología