PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

TELEFONO EMERGENCIA 423222

APELLIDO Y NOMBRE	DIA	MES	AÑO
Comotto. Silvio	18	11	21

OBRA SOCIAL | H.C.Nº | EDAD | SERVICIO | CAMA

Rp. IOSEF 7521883 7

Solo
Ingreso Programado
al Hospital UVIR.
(monitoreo)

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Cuadro de Angina

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO: Celulitis

GUARDIA ☐ CONSULTORIO EXTERNO ☐ INTERNACION ☐

Heiber Julio
Cardiólogo FAC
M.P. 3160
Jefe Servicio Cardiología

FIRMA DEL MEDICO

SELLO Y MATRICULA

OfiGraf Form. 0005

IPAUSS

FECHA : 18/11/21 N°

FORMULARIO DE SOLICITUD MEDICA (prótesis, ortesis e insumos especiales)

IMPORTANTE : Para el ESPECIALISTA y AFILIADO
De acuerdo a la legislación vigente , la indicación medica de Prótesis deberá efectuarse por nombre generico ,no aceptándose la receta con marcas registradas o sugerencias de proveedor u especificaciones técnicas que impliquen la descripción encubierta de determinado producto. No se reconocerán las prótesis traumatológicas denominadas miogenicas o bioelectricas

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre	Conacho Celino	Sexo	F X M
Nro. De Afiliado	25218837	Edad	45
Tipo y Nro Doc	DNI		
Domicilio y Localidad	B° Cap. de Mar 54 Rio Grande		
Telef del paciente	2964 404233		

DIAGNOSTICO

Reflujo de Injerto de Bioprot Medtronic VVIR (no ORE)

* Adjuntar informes o Placas RX TAC RMN

TIPO DE OPERACIONES

Reflujo de Injerto de Bioprot VVIR

☐ INTERNADO
☒ AMBULATORIO

LUGAR DE INTERNACION

Hospital / Sanatorio / Clínica/ Otros: Hospital Regional Rio Grande

Dirección: Magallanes 709

DESCRIPCION DE MATERIAL SOLICITADO

		CANTIDAD
1	Injerto de Bioprot VVIR medtronic	1
2		
3		
4		
5		
6		
7		

NOTA IMPORTANTE ACOMPAÑAR FORMULARIO CON RECETA ORIGINAL, COPIA DE ULTIMOS ESTUIDOS Y/O PRACTICAS REALIAZDAS Y BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA RESPALDATORIA

DATOS DE LA INSTITUCION Y EL MEDICO TRATANTE

Institución Solicitante: Hospital Regional Rio Grande Domicilio: Magallanes 709

Apellido y Nombre del Profesional: Heber Julio

Especialidad: Cardiología Tipo y Nro Matricula: MM 316

Tel. del Profesional solicitante: Tel. Celular:

Importante para su aceptación: Se ruega completar con letra legible , caracteres de imprenta o a maquina por el medico tratante

Recibido en auditoria medica IPAUSS / /

Profesional tratante:	Heber Julio Cardiólogo FAC M.P. 3160 Jefe Servicio Cardiología Firma y Sello	Medico Auditor:	ALBERTO L. SANCHEZ GRUZADO MEDICO AUDITOR OSPTF - Río Grande Mat. Prof. Nº 956 T.del Fuego Firma y Sello

Lugar de Entrega de Prótesis — Insumo Especial

Lugar y Fecha de Entrega:

Fecha de Cirugía:...../...../..... Responsable de recepción:

Firmado Electrónicamente por
Agte. GARAY Silvina Beatriz
OSEF
JEFE DE DIVISION Div. Mesa de Entradas Rio Grande
18/11/2021 12:18

Firmado Electrónicamente por
Dr. SANCHEZ CRUZADO Alberto
OSEF
AUDITOR/A Depto Auditoria Medica
Rio Grande
16/12/2021 09:49