OSEF

FECHA : / / Nº 1970/22

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

IMPORTANTE: LA INDICACIÓN MÉDICA DE INSUMOS, DEBERÁ EFECTUARSE POR NOMBRE GENÉRICO, NO SE ACEPTARÁN PEDIDOS CON MARCAS REGISTRADAS O SUGERENCIAS DE PROVEEDOR NI ORIGEN o especificaciones técnicas que impliquen la descripción encubierta de determinado producto. en caso que los insumos deban tener características específicas, deberán estar debidamente justificados en informe adjunto a la planilla.

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre	[illegible]	Sexo	F (M)
Nro. De Afiliado	23241625	Edad	41
Tipo y Nro Doc		Programado	
Domicilio y Localidad		Urgencia	
Telef del paciente		Emergencia	

DIAGNÓSTICO

[illegible]

TIPO DE OPERACIONES

[illegible]	INTERNACIÓN	☐
[illegible]	AMBULATORIO	☐

LUGAR DE INTERNACIÓN

Hospital / Sanatorio / Clínica/ Otros: .....

Dirección:.....

DESCRIPCION DE MATERIAL SOLICITADO

RENGLONES	CANTIDAD
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	

Nota Importante: Se deberá adjuntar al formulario BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA RESPALDATORIA.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y EL MÉDICO TRATANTE

Institución Solicitante:.....Domicilio:.....

Apellido y Nombre del Profesional:.....

Especialidad:.....Tipo y Nro

Matrícula:.....

Tel. del Profesional solicitante:.....TelCelular:.....

Importante para su aceptación: Se ruega COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE , caracteres de imprenta o a máquina por el médico tratante.

Recibido en auditoria medica OSPTF / /

Profesional tratante:	Firma y Sello	Médico Auditor:	Firma y Sello

Lugar de Entrega de Prótesis — Insumo Especial

Lugar y Fecha de Entrega:..... Fecha de Cirugia:...../...../..... Responsable de recepción:.....

Dpto. Compras Asist. E Inv.
O.S.P.T.F.
13 ABR. 2022
RECIBIDO: