OSEF

FECHA : 01 / 09 / 22 N°

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	GRANADO DORILA	Sexo	F / M
Nro. De Afiliado	5150395	Edad	77
Tipo y Nro Doc	5150395	Programado	
Domicilio y Localidad		Urgencia	
Telef del paciente		Emergencia	

DIAGNÓSTICO

DESNUTRICION - FRACTURA VERTEBRA DORSAL
SINDROME ANEMICO

TIPO DE OPERACIONES

INTERNACIÓN	☐
AMBULATORIO	☐

LUGAR DE INTERNACIÓN

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

DESCRIPCION DE MATERIAL SOLICITADO

RENGLONES	CANTIDAD
A PROVISION DE SILLA DE RUEDAS	1
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: CEMEF ..... Domicilio:.....
Apellido y Nombre del Profesional: QUINZAN GABRIEL .....
Especialidad: NEFROLOGIA ..... Tipo y Nro
Matricula: 103623 .....
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:	Gabriel Quinzán Linares Medico MN 103623 MM 1734 Esp. Nefrología - Clínica Medica Firma y Sello CEMEF	Médico Auditor:	Firma y Sello

Dra. Silvia To... M.N. 81240 Auditoria Med... O.S.P.T.F.

Lugar de Entrega de Prótesis — Insumo Especial

Lugar y Fecha de Entrega:..... Fecha de Cirugia: 20/9/22 ..... Responsable de recepción:.....