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	Ramos Keren Noemi	Sexo	F	M
Nro. De Afiliado	42.967.258	Edad	21	
Tipo y Nro Doc	42.967.258	Programado		
Domicilio y Localidad	Calle Mercedes Sosa casa 3994	Urgencia		
Telef del paciente	2964 607442	Emergencia		

DIAGNÓSTICO

Parálisis Cerebral - Paciente Electrodependiente

TIPO DE OPERACIONES

Internación Domiciliaria

INTERNACIÓN	X
AMBULATORIO	

LUGAR DE INTERNACIÓN

Hospital / Sanatorio / Clínica/ Otros: Domicilio Internación Domiciliaria

Dirección: Barrio bicentenario Calle Mercedes Sosa 3994

DESCRIPCION DE MATERIAL SOLICITADO

RENGLONES	CANTIDAD
A Cánula de Traqueostomía 6.0 Shiley c/balón MM. ID	2 unidades
B Guía para administración de alimentación p/a bomba Bromax X500 AAE	31 unidades
C Gasas esteriles p/ Traqueostomía 10,2 x 10,2 cm 4x4 Excilon AMD	150 unidades
D Sonda de aspiración K30 p/c regulador SHINOBI MEDICAL	500 Unidades
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

Matricula:.....

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

Dr. Daniel Morales Clínica Médica M.N. 124633 M.P. 1572

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

Dra. Silvia Dorilio M.N. 81240 Auditoría Médica OSPTF

Lugar de Entrega de Prótesis — Insumo Especial

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

Firmado Electrónicamente por
Agte. GOMEZ Maria Soledad
OSEF
AUX. ADMINISTRATIVO
06/09/2022 15:39

Firmado Electrónicamente por
Dra. TORILLO Silvia Susana
OSEF
DIRECTOR Directora Médica
07/09/2022 08:38