OSEF

FECHA: / / Nº

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		Sexo	F / M
Nro. De Afiliado	18879636	Edad	64
Tipo y Nro Doc		Programado	
Domicilio y Localidad		Urgencia	
Telef del paciente		Emergencia	

DIAGNÓSTICO

TIPO DE OPERACIONES

	INTERNACIÓN ☐
	AMBULATORIO ☐

LUGAR DE INTERNACIÓN

Hospital / Sanatorio / Clinica/ 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
Matricula: .....
Tel. del Profesional solicitante: ..... TelCelular: .....

Dr. Rodolfo Raúl Paviño Lúcas
Esp. Ortopedia y Traumatología
Arthroscopista Certificado
M.P. 2398

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 Tolino
M.N. 181240
Auditoria Medica
O.S.P.T.F.

Lugar de Entrega de Prótesis — Insumo Especial

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

Firmado Electrónicamente por
Agte. DUME Gonzalo
OSEF
AUX. ADMINISTRATIVO
10/02/2023 12:14

Firmado Electrónicamente por
Dra. TORILLO Silvia Susana
OSEF
DIRECTOR Directora Médica
10/02/2023 13:00