



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur



Obra Social de la Provincia de Tierra del Fuego

FORMULARIO DE SOLICITUD MÉDICA (prótesis, órtesis e insumos especiales) FECHA: 04/08/2025

IMPORTANTE: LA INDICACIÓN MÉDICA DE INSUMOS, DEBERÁ EFECTUARSE POR NOMBRE GENÉRICO. ACEPTARÁN PEDIDOS CON MARCAS REGISTRADAS O SUGERENCIAS DE PROVEEDOR NI ORIGEN o especificaciones técnicas que impliquen la descripción.

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: Bernarda Chavero MARTIN Edad: 59
 Tipo y N° de Doc.: DNZ 18.134.749 Programado:
 Domicilio y Localidad: CALLE THORNE Nº 3470 R. GRANDE Urgencia:
 Telef del paciente: 2964.407799 / 2964.400466 Emergencia:
 E-mail: _____ @ _____ A reposición:

DIAGNOSTICO

Reclamo de Arterio vascular de diálisis - Paciente con BPO de DXT, HTA y Cole en Hemodialisis de Intercambio con obstrucción de FV.

TIPO DE OPERACIONES/PLAZO DE TRATAMIENTO (internación domiciliaria)

Colocación de Tesis - cateter permanente INTERNACIÓN:
(confección de Arterio vascular) INTERNACIÓN DOM.:
 AMBULATORIO:

LUGAR DE INTERNACIÓN

Hospital / Sanatorio / Clínica/ Otros: ARRG
 Dirección: FLORENTINO ALEGHINO Nº 709

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL SOLICITADO

	RENGLONES	CANTIDAD
A	<u>Arterio Tesis #0 F Bio Flex (cuff arterial 22cm)</u>	<u>01 unidad</u>
B	<u>Largo total 52cm (cuff torso 25cm)</u>	
C		
D		
E		
F		
G		

Nota Importante: Se deberá adjuntar el formulario breve resumen de historia clínica respaldatoria.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y EL MÉDICO TRATANTE

Institución Solicitante: ARRG Domicilio: _____
 Apellido y Nombre del Profesional: MARQUES MARTA
 Especialidad: NEFROLOGA Tipo y Nro Matrícula: MP. 5502
 Tel. del Profesional solicitante: 2901649325
 Firma y Sello Profesional tratante: Marta V. Nobre Marques Médica Esp. Nefrología Fecha: _____

LUGAR DE ENTREGA DEL INSUMO

Lugar y Fecha de Entrega: _____
 Fecha de Cirugía: _____ Responsable de recepción: _____

ATENCIÓN AL AFILIADO O.S.P.T.F.

04 AGO. 2025

RECIBIDO:

HORA:

MEX. Fabiana Jainer
 Int. Dto. Atención al Afiliado
 Dependencia: RRGG

Firmado Electrónicamente por
Agte. GOMEZ Fabiana
Obra Social del Estado Fueguino
JEFE DE DEPARTAMENTO AT. AL AFILIADO Y
REC.GRAL. RG
04/08/2025 12:31

Firmado Electrónicamente por
Dra. REDA Maria de los Angeles
Obra Social del Estado Fueguino
GABINETE Coordinación Médica
04/08/2025 13:01