

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PROTESIS Y MATERIALES DE
OSTEOSÍNTESIS**

Nombre y apellido del afiliado:.....

Edad:.....D.N.I.:..... Teléfono:

Médico tratante:.....

Teléfono:..... Correo electrónico:.....

Dirección:.....

IMPORTANTE: Especifique cuadro clínico del paciente: a) **URGENCIA**.....

b) **ESTABILIZADO**.....

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS. COMPLETE CON LETRA LEGIBLE

Diagnóstico Presuntivo:

Solicitud de materiales: (utilice letra LEGIBLE)

Estudios previos efectuados y resultados

Fundamentos del pedido y Plan Terapéutico: (Con Rx-RNM u otros estudios por imágenes) **Importante:** Adjunte fotocopia/s de/l el/los mismo/s

Observaciones:

Firma y sello del médico solicitante

Informe Médico. Protocolo quirúrgico-Procedimientos realizados (Para ser completado posterior al acto quirúrgico)

Fecha: **Firma y sello del médico**