**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:** _____

**Especifique cuadro clínico del paciente:**

**a) URGENCIA** ☐ **b) ESTABILIZADO** ☐

**IMPORTANTE:**

**DEBERÁ ADJUNTAR:**

- **Pedido médico en caso de requerir cirugía**
- **Pedido médico de honorarios del prestador y detalle de ayudantes**
- **Detalle de insumos y materiales**

**Las solicitudes de prótesis y materiales de osteosíntesis se gestionan de acuerdo con los convenios vigentes con ISSUNNE, por lo tanto, se recuerda que no corresponde la presentación de presupuestos particulares.**

**TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS.**

| **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** |