

SOLICITUD DE
**PRÁCTICA QUIRÚRGICA
O INTERVENCIONISTA**



DATOS DE FILIACIÓN

Apellido/s y nombre/s: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ DNI - LE - LC: _____
Número de afiliado/a: _____ Seccional: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono fijo: _____
Correo electrónico personal: _____

DIAGNÓSTICO/S

RESUMEN DE HC (datos clínicos: antecedentes e historia de la enfermedad actual)

MECANISMO DE TRAUMA

ESTUDIOS ESPECÍFICOS RESPALDATORIOS DE LA INDICACIÓN MÉDICA (1)

PRÁCTICA/S SOLICITADA/S

MATERIAL/ES SOLICITADO/S (2)

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre de la institución: _____
Dirección: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Fecha de la práctica: _____ Fecha de entrega del material: _____

DATOS DEL MÉDICO/A TRATANTE

Apellido/s y nombre/s: _____
Matrícula Nacional: _____ Localidad: _____
Matrícula Provincial: _____ Provincia: _____
Teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: _____
Lugar: _____ Fecha: _____

NOTA: EL/LA PROFESIONAL DEBERÁ ENTREGAR EL PEDIDO CON MÍNIMO 20 (VEINTE) DÍAS DE ANTICIPACIÓN.

F. 1900

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados

1/1

Firma y sello médico/a tratante

Firma del beneficiario/a-madre-padre-tutor/a

(1) Adjuntar los informes (no imágenes) de los estudios específicos relacionados con el procedimiento

(2) Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. Se proveerán prótesis nacionales según indicación, sólo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional.