



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

SOLICITUD DE PRÓTESIS

Datos del paciente:

Nombre y apellido

N° de afiliado/a Edad Sexo DNI

N° Teléfono de línea N° Teléfono celular

E-mail

DIAGNÓSTICO

R/P (*)

(*) Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor o especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. (PMO Res. 201/2002)

LUGAR DE CIRUGÍA

Fecha

Las indicaciones médicas deben ser presentadas con 10 (diez) días hábiles previos a la cirugía.

DATOS DEL PROFESIONAL

Firma y Sello Médico/a Prescriptor/a

Fecha

N° Teléfono