



SOLICITUD DE PRÓTESIS

Prescripción

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

La información que se incluye en el presente formulario será considerada confidencial por OSOEFERNYN y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes. **Nota:** La totalidad de los datos deberán ser completados a mano con la misma tinta y sin cambios de tipografía. Toda enmienda deberá ser salvada por el profesional prescriptor (con firma y sello).