

SOLICITUD DE PROTESIS, ORTESIS Y OTROS

____ de _____ de _____

A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

Nº Afiliado: _____ Plan _____ Edad: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ Te: _____

Resumen de H.C. (concisa con suficientes datos para emitir dictamen médico)

Procedimiento quirúrgico y / o práctica a realizar:

Elemento solicitado (Origen Nacional, características técnicas, No marcas)

Alternativas a lo solicitado: (si no hubiese elementos alternativos, fundamentarlo)

1. _____
2. _____

Tiempo estimado de uso (cuando correspondiere a elementos c/devolución prevista y/o en alquiler).

Sello y firma del profesional

OBRA SOCIAL MUTUALY ROSARIO**CONSENTIMIENTO MEDICO - PACIENTE SEGÚN RESOLUCIÓN 1561/12 DE LA
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Lugar _____ de _____ de _____

Por la presente autorizo y presto conformidad a recibir tratamiento con los siguientes medicamentos:

En el establecimiento médico_____

Firma del Paciente

Firma del Titular

Aclaración

Aclaración

Nº Documento

Nº Documento

Nº Afiliado

Se establece el presente consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario y el profesional actuante. Según RESOLUCIÓN 1561/12 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y COMPLEMENTARIAS.

Sello y firma del profesional

Aclaración: _____

Matrícula: _____