



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur



Obra Social de la Provincia
de Tierra del Fuego

FORMULARIO DE SOLICITUD MÉDICA (prótesis, órtesis e insumos especiales)		FECHA:
IMPORTANTE: LA INDICACIÓN MÉDICA DE INSUMOS, DEBERÁ EFECTUARSE POR NOMBRE GENÉRICO, ACEPTARÁN PEDIDOS CON MARCAS REGISTRADAS O SUGERENCIAS DE PROVEEDOR NI ORIGEN o especificaciones técnicas que impliquen la descripción.		
DATOS DEL PACIENTE		
Apellido y Nombre:.....	Edad	
Tipo y N° de Doc.:.....	Programado	
Domicilio y Localidad:.....	Urgencia	
Telef del paciente:.....	Emergencia	
E-mail:.....	A reposición	
DIAGNOSTICO		
TIPO DE OPERACIONES/PLAZO DE TRATAMIENTO (internación domiciliaria)		
	INTERNACIÓN	
	INTERNACIÓN DOM.	
	AMBULATORIO	
LUGAR DE INTERNACIÓN		
Hospital ☐	Sanatorio ☐	Clínica ☐ Otros:
Dirección:		
DESCRIPCION DE MATERIAL SOLICITADO		
REGLONES	CANTIDAD	
A		
B		
C		
D		
E		
F		
G		
Nota Importante: Se deberá adjuntar el formulario breve resumen de historia clínica respaldatoria.		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y EL MÉDICO TRATANTE		
Institución Solicitante:.....Domicilio:.....		
Apellido y Nombre del Profesional:.....		
Especialidad:.....Tipo y Nro Matricula:.....		
Tel. del Profesional solicitante:.....Tel Celular:.....		
Firma y Sello Profesional tratante:		Fecha:
LUGAR DE ENTREGA DEL INSUMO		
Lugar :		Fecha de Entrega:.....
Fecha de Cirugía:.....		Responsable de recepción:.....