SOLICITUD DE PRÓTESIS Y OTROS ELEMENTOS

Apellido y Nombre: _____

Documento N°: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Fecha de Nacimiento: __/__/__/ Edad: ___ Sexo: _____

Afiliado OSEP N°: _____ Condición: _____

Domicilio/Localidad: _____ Teléfono: _____

Profesión: _____

Condición actual

INTERNADO - Fecha de Ingreso: __/__/__/ AMBULATORIO - Fecha de Alta: __/__/__/

Antecedentes

Antecedentes patológicos: _____

Antecedentes quirúrgicos: SI NO Fecha: __/__/__/

Diagnóstico: _____

Evolución: _____

Prótesis previas: _____

Fecha: __/__/__/

Descartables Previos: _____

Fecha: __/__/__/

Tratamientos médicos:_____
_____
_____

Complicaciones: _____
_____
_____

Complicaciones: _____
_____
_____

Prescripción de la prótesis y otros elementos: : _____
_____
_____

Médico tratante:_____
Matrícula:_____
Email del médico tratante:_____

_____
Firma

SELLO

Lugar y fecha:_____