



# FORMULARIO- MÓDULO INSUMOS Y PROTESIS.



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: O.S.P.I.V.	RNAS: 1-2250-0
Nombres:	Apellidos:
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DNI N°:	Beneficiario N°:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes de la enfermedad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Detalle del tratamiento indicado (completo): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Protocolo quirúrgico (si se efectuó cirugía): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fundamentación médica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiempo de tratamiento previsto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

.....  
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.6.1



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÓTESIS

Sr. Profesional: Toda prescripción médica de prótesis y ortesis se efectuarán por nombre genérico sin mención o sugerencia de marca o proveedor; los Agentes del Seguro no recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan estrictamente con estos requisitos. **Resolución 1991/05.**

**Toda prescripción debe estar sujeta a lo previsto en el punto 8.3.3 del anexo 1 de la resolución número 201/02.**

Apellidos y Nombres:

Obra Social: O.S.P.I.V.

Beneficiario N°:

DNI N°

Sexo:  F  M

Edad:

Domicilio:

CP:

Localidad:

Provincia:

Teléfono: ( )

E-mail:

Establecimiento:

Código:

Diagnóstico y/o fundamentos de la solicitud:

---

---

---

Descripción de los elementos a implantar:

---

---

---

Carácter de solicitud:  urgente  programada

Fecha estimada de cirugía: / / Fecha de solicitud de prótesis: / /

Se solicita: PROVISIÓN: REPOSICIÓN:

Fecha de solicitud: / /

Profesional solicitante:

Matrícula N°:

Firma y sello del profesional solicitante

Firma y sello del director médico



## CONFORMIDAD POR COLOCACIÓN DE PRÓTESIS

Quién suscribe \_\_\_\_\_

con CUIL ----- beneficiario de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES. (O.S.P.I.V.), con

domicilio en calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia de \_\_\_\_\_, declaro por la presente mi conformidad para someterme a la cirugía programada y al implante de la prótesis solicitada por el médico tratante.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

..... Firma del titular y/o tutor, aclaración, DNI N°

..... Firma y sello de médico tratante