



FORMULARIO- MÓDULO INSUMOS Y PROTESIS.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

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

RNAS: 1-2250-0

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: ☐ F ☐ 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