

CERTIFICADO MÉDICO PARA EL PEDIDO DE MALLAS DE POLIPROPILENO

Nombre y apellido del paciente:.....

Domicilio:

N° HC: D.N.I.:.....

Paciente internado:

Si

☐

No

☐

Diagnóstico:.....

.....

.....

MARCAR TIPO DE PRÓTESIS SOLICITADA:

MALLA DE POLIPROPILENO: 15 x 15 30 x 30

ALTERNATIVA(Justificar pedido):.....

.....

.....

.....

.....

.....

Reseña de historia clínica:.....

.....

.....

.....

Firma y sello del médico tratante

Firma y sello del director del hospital

NOMBRE DEL PERSONAL AUTORIZADO A RETIRAR