



FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS
DATOS DEL BENEFICIARIO Y PRESCRIPTOR

UGP													
BENEFICIARIO				DNI N°									
Apellido y Nombres													
Fecha de Nacimiento						Tel:							
Domicilio:		Calle:								N°:			
Localidad:				Provincia:				CP:					
Certificado de Discapacidad:		Si		No		Fecha vencimiento:							
Diagnóstico:													
MEDICO PRESCRIPTOR				MATRICULA N°									
Nombre y Apellido													
Hospital													
Calle:								N°					
Localidad:				Provincia:				CP					
Tel:				Mail									
Fecha de Solicitud													
LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA													
				Firma y sello MEDICO PRESCRIPTOR									
LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA													
				Firma BENEFICIARIO o RESPONSABLE									



FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS (continuación)

Beneficiario:

HISTORIA CLÍNICA

Diagnostico:

Antecedentes Personales:

Estado Actual:

Capacidad funcional (Mental, motriz, sensorial):

¿Equipamento Previo? SI / NO Descripción:

Descripción de equipamiento actual solicitado:

Codigo (según nomenclador):

Fundamentacion de solicitud:

Fecha: -----

Firma y sello Médico Prescriptor