

ELEMENTOS DE FISIATRIA



(SILLA DE RUEDAS, BASTON, ANDADOR, COLCHON, INODORO PORTATIL, MULETAS)

(*) CAMA ORTOPEDICA)

ORDEN DEL MÉDICO DE CABECERA ESPECIFICADO

(*) PESO-ALTURA

(*) ESPECIFICAR SI EL PACIENTE REALIZA O NO REHABILITACIÓN

(*) DIAGNOSTICO/S (GENERAL DEL PACIENTE)

(*) DIAGNOSTICO PRESCRIPTO (POR LO CUAL SE SOLICITA EL INSUMO)

(*) DIFICULTAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD): *DEPENDIENTE - SIMIDPENDIENTE - INDEPENDIENTE*

(*) SI EL PACIENTE ESTA O NO POSTRADO

(*) ANTE LA SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS PARA EL PACIENTE AMPUTADO, ESPECIFICAR LADO DEL COMANDO

ORIGINALES

ULTIMO RECIBO DE COBRO

DNI- DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD 1° Y 2° HOJA HASTA DOMICILIO ACTUAL

CREDENCIAL DE PAMI

(*) PARA SOLICITAR CAMA ORTOPEDICA SE DEBERA TRAER DNI DE UN GARANTE

ELEMENTOS DE FISIATRIA



(SILLA DE RUEDAS, BASTON, ANDADOR, COLCHON, INODORO PORTATIL, MULETAS)

(*) CAMA ORTOPEDICA)

ORDEN DEL MÉDICO DE CABECERA ESPECIFICADO

(*) PESO-ALTURA

(*) ESPECIFICAR SI EL PACIENTE REALIZA O NO REHABILITACIÓN

(*) DIAGNOSTICO/S (GENERAL DEL PACIENTE)

(*) DIAGNOSTICO PRESCRIPTO (POR LO CUAL SE SOLICITA EL INSUMO)

(*) DIFICULTAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD): *DEPENDIENTE - SIMIDPENDIENTE - INDEPENDIENTE*

(*) SI EL PACIENTE ESTA O NO POSTRADO

(*) ANTE LA SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS PARA EL PACIENTE AMPUTADO, ESPECIFICAR LADO DEL COMANDO

ORIGINALES

ULTIMO RECIBO DE COBRO

DNI- DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD 1° Y 2° HOJA HASTA DOMICILIO ACTUAL

CREDENCIAL DE PAMI

(*) PARA SOLICITAR CAMA ORTOPEDICA SE DEBERA TRAER DNI DE UN GARANTE