



CERTIFICADO DE IMPLANTE

DIRECCION DE OBRA SOCIAL PROVINCIA

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO:

CARNET N°:/.....

MEDICO TRATANTE:

FECHA DE IMPLANTE:

MATERIALES UTILIZADOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

CANTIDAD	DESCRIPCION

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:

IMPORTANTE: El siguiente Certificado de Implante tiene el carácter de Declaración Jurada Médico Interviniente - Ortopedia y carecerá de validez sino viene acompañado de la totalidad de los stickers correspondientes que identifique el número de lote del envase original. Los mismos serán adheridos al pie del presente Certificado y deberá acompañar la facturación de la Ortopedia Provedora correspondiente. Si esta denuncia no se hiciese efectiva la práctica carecerá de validez y será motivo de débito.