



## SOLICITUD DE SONDAS

Destinado a pacientes afiliados de Obra Social Provincia con diagnostico de: Mielomeningocele,  
Hidrocefalia con Vejiga Neurogénica y con Cateterismo o Sondaje Intermitente.

### DECLARACIÓN JURADA MEDICO-PACIENTE

### DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: .....  
Afiliado N° ...../..... Edad:..... Telefono:.....  
Domicilio: .....  
Departamento: .....

### RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### ELEMENTOS SOLICITADOS - CANTIDAD

SONDAS HIDROFILICAS: ☐  
SONDAS FOLEY DOS VIAS: ☐  
SONDAS URINARIAS: ☐ CANTIDAD DIARIA: .....

### TIEMPO ESTIMADO DE USO

.....  
.....  
.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

