



ANEXO II

SOLICITUD DE PRÓTESIS, ÓRTESIS Y OTROS

DECLARACIÓN JURADA MÉDICO TRATANTE - PACIENTE

A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre:.....

Nº de afiliado:.....Edad:.....Teléfono:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Resumen Historia Clínica (clara y concisa con los datos suficientes que permitan emitir Dictamen Médico):

.....

.....

.....

.....

Procedimiento quirúrgico y/o práctica a realizar:

.....

.....

.....

Fecha propuesta para la prestación:

Institución donde se realiza la prestación:

Marcar con una X: Accidente de tránsito ____ Accidente inculpable ____

Elementos solicitados (origen nacional, características técnicas, NO MARCAS):

.....

.....

.....

.....

Alternativas a lo solicitado de origen nacional (si no hubiese elementos alternativos fundamentarlo):

.....

.....

Tiempo estimado de uso (cuando correspondiere elementos con devolución prevista y/o en comodato):

.....

____/____/____

FECHA

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

INFORMACION DEL PROFESIONAL TRATANTE.

Teléfono profesional:.....

Dirección de correo electrónico: