



SOLICITUD DE BOLSAS DE COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA-
YEYUNOSTOMIA-UROSTOMIA

DECLARACION JURADA MEDICO PACIENTE
PRESENTAR JUNTO A ESTE FORMULARIO DE ENTIDAD CONVENIDA

1

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE :

AFILIADO Nº / EDAD: TELÉFONO:

DOMICILIO:

DEPARTAMENTO:

2

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

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

3

ELEMENTOS SOLICITADOS- CANTIDAD

BOLSA DE COLOSTOMIA-ILEOSTOMIA y/o YEYUNOSTOMIA:

BOLSAS DE UROSTOMIA AUTOADHESIVAS:

CANTIDAD:

4

TIEMPO ESTIMADO DE USO

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

____/____/____
FECHA

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL