

FORMULARIO SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR

(LLENAR CON LETRA CLARA O IMPRENTA)

FECHA.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:.....

DNI: EDAD:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:.....
.....
.....
.....**DIAGNOSTICO PATOLOGICO:**1-NEUROLOGICO 2-ONCOLOGICO

3-RESOLUCION 1733/00

ETAPA A ETAPA B **PESO ACTUAL:****CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL****TIPO DE SILLA DE RUEDAS:**

A-SILLA DE RUEDAS DE TRASLADO STANDARD.

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE.**PARA SER COMPLETADO POR EL ÁREA QUE CORRESPONDA (PLANES ESPECIALES)****AUTORIZADO:** SI **PASE A DPTO. COMPRAS Y CONTRATACIONES.**NO EN CASO DE RECHAZO (JUSTIFICAR):.....
.....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR