

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

DATOS DEL BENEFICIARIO

Fecha:.....

Apellido y Nombre:..... DNI:..... Edad:.....

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

Diagnóstico:..... Resolución Especial SI NO

Intolerancia o alergia a algún insumo en particular:.....

Marcar con **X** los casilleros que corresponda:

CATETER URINARIO

Adulto: MASCULINO FEMENINO FRENCH LONGITUD

Pediátrico: MASCULINO FEMENINO FRENCH LONGITUD

CANTIDAD POR DIA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono:

PARA SER COMPLETADO POR EL AREA DE PLANES ESPECIALES

AUTORIZADO CANTIDAD POR MES: por 180 días

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR