

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS CATETER DOBLE J

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Fecha:.....

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

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

Diagnóstico:..... Resolucion Especial SI NO

### PARA SU AUTORIZACION DEBE:

- SER SOLICITADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA
- ADJUNTAR COPIA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA SU AUTORIZACION

Estudios complementarios RX  ECOGRAFIA  TAC  RNM

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

CATETER DOBLE J

Adulto:  MASCULINO  FEMENINO  FRENCH  LONGITUD

Pediátrico:  MASCULINO  FEMENINO  FRENCH  LONGITUD

CANTIDAD

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono: .....

---

### PARA SER COMPLETADO POR EL AREA QUE CORRESPONDA (AUDITORIA/PLANES ESPECIALES)

AUTORIZADO  CANTIDAD POR MES:

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR