

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMO QUIRURGICO: CLAVIJAS**DATOS DEL BENEFICIARIO**

FECHA.....

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

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

Diagnóstico:.....

PARA SU AUTORIZACION DEBE:

- **SER SOLICITADO POR MEDICO TRAUMATOLOGO**
- **ADJUNTAR COPIA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA SU AUTORIZACION**

Marcar con X los casilleros que corresponda:

Estudios complementarios RX TAC RNM

	MEDIDA 1.5CM	<input type="checkbox"/>	CANTIDAD	<input type="checkbox"/>
	MEDIDA 2CM	<input type="checkbox"/>	CANTIDAD	<input type="checkbox"/>
CLAVIJAS	MEDIDA 2.5CM	<input type="checkbox"/>	CANTIDAD	<input type="checkbox"/>
	MEDIDA 3CM	<input type="checkbox"/>	CANTIDAD	<input type="checkbox"/>
	MEDIDA 4 CM	<input type="checkbox"/>	CANTIDAD	<input type="checkbox"/>

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono:

PARA SER COMPLETADO POR EL AREA QUE CORRESPONDA (AUDITORIA MEDICA/PLANES ESPECIALES)AUTORIZADO CLAVIJAS CANTIDAD MEDIDAS AUTORIZADO CLAVIJAS CANTIDAD MEDIDAS AUTORIZADO CLAVIJAS CANTIDAD MEDIDAS

FECHA.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR