

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MALLA DE POLIPROPILENO

DATOS DEL BENEFICIARIO

Fecha:.....

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

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

Diagnóstico:.....

PARA SU AUTORIZACION DEBE:

- **SER SOLICITADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA**
- **PRESENTAR COPIA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

Estudios complementarios: ECOGRAFIA TAC RNM

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

ANTEC. QUIRURGICO PREVIO SI NO

MALLA DE POLIPROPILENO 15CM X 15CM MALLA DE POLIPROPILENO DE 30CM X 30 CM

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono:

PARA SER COMPLETADO POR EL AREA DE AUDITORIA MEDICA

AUTORIZADO MALLA DE 15 X 15

MALLA DE 30 X 30

FECHA:

FIRMA Y SELLO
MEDICO AUDITOR