

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS PARA CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA (SUTURA MECANICA)

DATOS DEL BENEFICIARIO

Fecha:.....

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

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

Diagnóstico:..... Resolución Especial SI NO

PARA SU AUTORIZACION DEBE:

- SER SOLICITADO POR MEDICO CIRUJANO HABILITADO PARA REALIZAR VLP
- ADJUNTAR COPIA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA SU AUTORIZACION

Estudios complementarios RX ECOGRAFIA TAC RNM ENDOSCOPIA

Marcar con X los casilleros que corresponda:

SUTURA MECANICA CIRCULAR CANTIDAD

SUTURA MECANICA LINEAL VERDE CANTIDAD

SUTURA MECANICA LINEAL BLANCA CANTIDAD

SUTURA MECANICA LINEAL AZUL CANTIDAD

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono:

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

AUTORIZADO SUTURA MECANICA CIRCULAR CANTIDAD

AUTORIZADO SUTURA MECANICA LINEAL VERDE CANTIDAD

AUTORIZADO SUTURA MECANICA LINEAL BLANCA CANTIDAD

AUTORIZADO SUTURA MECANICA LINEAL AZUL CANTIDAD

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR