

FORMULARIO PARA PAÑALES DESCARTABLES

(LLENAR CON LETRA CLARA O IMPRENTA)

FECHA.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:.....

DNI: EDAD:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:..........
.....
.....
.....**A- DIAGNOSTICO PATOLOGICO:**ETAPA A 1-NEUROLOGICO 2-ONCOLOGICO 3-RESOLUCION 1733/00 ETAPA B **B- INCONTINENCIA ESFINTERIANA:**1- VESICAL 2- RECTAL 3- AMBAS **C- TAMAÑOS DE PAÑAL SOLICITADO:**1- BEBÉ PEQUEÑO (DE 5 A 9 KG.) 3- BEBÉ EXTRA GRANDE (DE 13 A 16 KG.) 2- BEBÉ GRANDE (DE 9 A 12 KG.) 4- NIÑO (DE 17 KG. A 24 KG.) 5- ADULTO MEDIANO (DE 25 A 45 KG.) 6-ADULTO (DE 45 A 75 KG) 7- ADULTO EXTRA GRANDE (MAS DE 75 KG.) **COBERTURA POR 180 DIAS.****FIRMA Y SELLO DEL MEDICO****APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR O PERSONA AUTORIZADA:****D.N.I. N°****FIRMA Y ACLARACION**