

DATOS DE AFILIADOS

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
N° de Afiliado: _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección: _____
Localidad: _____ PROVINCIA: _____
E-Mail: _____ Teléfono _____

Paciente internado URGENTE Programable

DATOS MÉDICO SOLICITANTE

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
Matrícula Provincial: _____ Matrícula Nacional: _____
E-Mail: _____ Teléfono _____

DATOS LUGAR DE ENTREGA

Apellido y Nombre del responsable de recibir el material: _____ DNI: _____
Provincia: _____ Localidad: _____
E-Mail: _____ Teléfono _____

PRÓTESIS SOLICITADA

OPCIÓN 1: _____ CÓDIGO: _____
OPCIÓN 2: _____ CÓDIGO: _____
OPCIÓN 3: _____ CÓDIGO: _____

DIAGNÓSTICO

Firma del Médico

DATOS IMPORTANTES DEL AFILIADO

UPCN: SI NO OTRA OBRA SOCIAL: SI NO _____
UERT: SI NO EXTRAÑA JURISDICCIÓN: _____
ACCIDENTE DE TRÁNSITO SI NO (agregar denuncia policial)
CRÉDITO COMÚN: _____

* El afiliado autoriza a descontar de los haberes el coseguro de la prótesis solicitada

Firma del Afiliado