

# Solicitud de Implantes y Prótesis

**Dirección Regional Interior**

Fecha

## Datos del Afiliado

Nombres y Apellido .....

N° de Afiliado

Edad

Fecha de Nacimiento

Sexo

Femenino

Masculino

Tipo y N° DNI

Domicilio .....

Provincia .....

Localidad .....

## Diagnóstico

## Estudios Complementarios

## Material Solicitado

**Las indicaciones médicas deberán efectuarse por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca o proveedor (Res. 1561/12 S.S.Salud). OSPLAD no recibirá ni tramitará aquellas solicitudes que no cumplan estrictamente con este requisito.**

## Datos del Médico Solicitante

Nombres y Apellido .....

Teléfono

Fecha probable de la Cirugía

Firma y Sello del Médico Solicitante

## Datos de la Institución

Nombre .....

Domicilio .....

N° Historia Clínica

## Auditoría

Firma y Sello Auditoría

S.U.R.

Si

No