

# FORMULARIOS SUR MÓDULO INSUMOS Y PRÓTESIS





## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN	RNOS: 1-2550-9
Nombres:	Apellidos:
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DNI N°:	Beneficiario N°:
Diagnóstico: _____ _____	
Antecedentes de la enfermedad: _____ _____	
Detalle del tratamiento indicado (completo): _____ _____	
Protocolo quirúrgico (si se efectuó cirugía): _____ _____	
Fundamentación médica: _____ _____	
Tiempo de tratamiento previsto: _____ _____	
Fecha: ____/____/____	Form. D. P. 2.6.1
..... Firma y sello de médico tratante	



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÓTESIS

El Ministerio de Salud dice: "las indicaciones médicas de prótesis y ortesis se efectuarán por nombre genérico sin mención o sugerencia de marca o proveedor; los Agentes del Seguro no recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan estrictamente con estos requisitos". **Resolución 1991/05.**

Apellidos y Nombres:

Obra Social: OSFATUN

Beneficiario N°:

DNI N°

Sexo:  F  M

Edad:

Domicilio:

CP:

Localidad:

Provincia:

Teléfono: (     )

E-mail:

Establecimiento:

Código:

Diagnóstico y/o fundamentos de la solicitud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción de los elementos a implantar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carácter de solicitud:  urgente  programada

Fecha estimada de cirugía:    /    /

Fecha de solicitud de prótesis:    /    /

Se solicita: PROVISIÓN:

REPOSICIÓN:

Fecha de solicitud:    /    /

Profesional solicitante: \_\_\_\_\_

Matrícula N°: \_\_\_\_\_

.....  
Firma y sello del profesional solicitante

.....  
Firma y sello del director médico



## CONFORMIDAD POR COLOCACIÓN DE PRÓTESIS

Quién suscribe \_\_\_\_\_

con CUIL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN

ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con

domicilio en calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia de \_\_\_\_\_, declaro por la presente mi conformidad para

someterme a la cirugía programada y al implante de la prótesis solicitada por el médico tratante.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

.....  
Firma del titular y/o tutor, aclaración, DNI N°

.....  
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.6.3