

SOLICITUD DE ELEMENTOS PROTESICOS

-ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL MEDICO PRESCRIPTOR-

DATOS DEL AFILIADO /

Apellido y Nombres: _____ Edad: _____

N° de afiliado: _____

Estado clínico actual: _____

Elemento solicitado específico:

a) Prótesis (nivel de amputación): _____

Ortesis (nivel motor): _____

b) Etiología: _____

c) Tiempo transcurrido de la amputación y/o lesión: _____

d) ¿Recibió tratamiento pre-protésico? SI ☐ NO ☐ Duración: _____

e) ¿Realiza marcha con pilón? SI ☐ NO ☐

F) ¿Requiere asistencia técnica? SI ☐ NO ☐

Detallar qué tipo _____

Detallar tipo de actividad que realiza (para niños además exponer la causas de la necesidad del nuevo equipamiento): _____

¿Tuvo equipamiento previo? SI ☐ NO ☐ Especificar fecha: _____

Estado actual de la prótesis que posee (detalle técnico): _____

GRADOS DE COMPLEJIDAD /

GRADO 1: Pacientes de edades inferiores a 50 años con alta actividad y actitud física insertados en el mercado laboral.

GRADO 2: Pacientes de actividad media si tarea laboral.

GRADO 3: Baja actividad, pacientes geriátricos.

Especificar a qué grado de complejidad corresponde el paciente: _____

Detalle técnico del elemento solicitado según tabla de anexo 1: _____

Lugar y fecha: _____

Sello y firma del Médico prescriptor