

Solicitud de MATERIALES de REHABILITACIÓN - PERIÓDICO

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

ACTO ASOCIADO

Acto cubierto por el FNR: _____

IMAE: _____ Fecha de realización: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___

Tiempo transcurrido entre el alta y esta solicitud: _____ meses _____ días

Tiempo transcurrido entre último pedido y esta solicitud: _____ meses _____ días

Tipo de secuela: _____

MATERIALES SOLICITADOS

VER TABLA DE MATERIALES CON 5 OPCIONES DE INGRESO

OBSERVACIONES