

Solicitud de MATERIALES de REHABILITACIÓN - INICIO

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

ACTO ASOCIADO

Acto cubierto por el FNR: _____

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

Tipo de secuela:

MATERIALES SOLICITADOS

Descripción de materiales solicitados:

OBSERVACIONES