



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS POSTERIORES  
DEL PROGRAMA DE NEUROMODULACION EN ENFERMEDAD DE  
PARKINSON Y DISTONIAS CON ESTIMULACION CEREBRAL  
PROFUNDA (ETAPA 5)**

Fecha de solicitud: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

**MEDICO SOLICITANTE**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO SOLICITADO**

- Recambio de dispositivo externo  
 Otros Especifique \_\_\_\_\_

**DISPOSITIVO SOLICITADO:**

Cuál/es dispositivo/s? \_\_\_\_\_

(Adjuntar: informe médico)

**Consideraciones que juzgue relevantes:**

INGRESO POR SISTEMA