



## PLANILLA DE PEDIDO DE PROTESIS

**FECHA:**

**SECCIONAL:**

**NUMERO DE AFILIADO:**

**PLAN:**

**APELLIDO Y NOMBRE:**

**TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**EDAD:**

**TELEFONOS DEL PACIENTE:**

**E- MAIL DEL AFILIADO:**

**FECHA PROBABLE DE CIRUGIA:**

**ESTABLECIMIENTO:**

**MEDICO TRATANTE:**

**TELEFONO DEL MEDICO:**

**DIAGNOSTICOS:**

**MATERIAL SOLICITADO:**

1- ..

1- ..

2- ..

2- ..

3- ..

3- ..

4- ..

4- ..

**NOTAS**

..