

Nº de trámite



PROGRAMA FEDERAL
INCLUIR SALUD
UGP Buenos Aires

PROGRAMA FEDERAL *INCLUIR SALUD*

PLANILLA DE SOLICITUD DE PROTESIS E IMPLANTES DE COLOCACION INTERNA Y PERMANENTE

• DATOS DEL PRESTADOR

HOSPITAL:

CODIGO:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELEFONO:

MUNICIPAL:

PROVINCIAL:

• DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDO:

NOMBRE:

Nº
BENEFICIARIO:

EDAD:

LOCAL
IDAD:

TELEFONO:

D.N.I.:

• DATOS DEL MATERIAL SOLICITADO

CARACTERISTICAS:

.....

DIAGNOSTICO:

MEDICO
SOLICITANTE:

FECHA PROBABLE DE CIRUGIA: / /

.....
FIRMA y SELLO
Medico solicitante

Firma y sello
Director hospital.

Firma y sello
Jefe del servicio.

• AUDITORIA MEDICA INCLUIR SALUD

APROBADA:

SI
NO

☐
☐

.....
FIRMA y SELLO