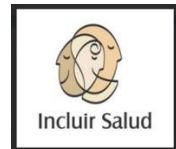




**FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS  
DATOS DEL BENEFICIARIO Y PRESCRIPTOR**

<b>UGP</b>											
<b>BENEFICIARIO</b>						<b>DNI N°</b>					
Apellido y Nombres											
Fecha de Nacimiento										Tel:	
Domicilio:		Calle:						N°:			
Localidad:				Provincia:				CP:			
Certificado de Discapacidad:				Si		No		Fecha vencimiento:			
Diagnóstico:											
<b>MEDICO PRESCRIPTOR</b>						<b>MATRICULA N°</b>					
Nombre y Apellido											
Hospital											
Calle:								N°			
Localidad:				Provincia:				CP			
Tel:						Mail					
<b>Fecha de Solicitud</b>											
<b>LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA</b>											
						<b>Firma y sello MEDICO PRESCRIPTOR</b>					
<b>LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA</b>											
						<b>Firma BENEFICIARIO o RESPONSABLE</b>					



**FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS (continuación)**

**Beneficiario:**

**HISTORIA CLÍNICA**

**Diagnostico:**

**Antecedentes Personales:**

**Estado Actual:**

**Capacidad funcional (Mental, motriz, sensorial):**

**¿Equipamiento Previo? SI / NO Descripción:**

**Descripción de equipamiento actual solicitado:**

**Codigo (según nomenclador):**

**Fundamentacion de solicitud:**

**Fecha: -----**

**Firma y sello Médico Prescriptor**