



# INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SOLICITUD DE ELEMENTOS MÉDICO-APLICABLES

AMBULATORIO.....INTERNADO.....URGENCIA.....PROGRAMADA .....

### **DATOS DEL AFILIADO (completar por Médico Tratante):**

NOMBRE y APELLIDO: _____	DNI/LE/LC: _____
EDAD: _____ SEXO: _____	TEL. FIJO _____ TEL MOVIL _____
Correo Electrónico: _____	DOMICILIO: _____

### **DIAGNÓSTICO**

--

### **ELEMENTO/S SOLICITADO/S:**

.....
.....
.....
Acompañar copia de los últimos estudios y/o practica realizadas y breve resumen de Historia Clínica Respaldata. Asimismo se recuerda a los señores profesionales que no deberán indicar MARCA del producto de acuerdo a las normativas nacionales vigentes.

<b>MOTIVO DEL PEDIDO:</b> 1-ENFERMEDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	2-ACCIDENTE ESCOLAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3-ACCIDENTE LABORAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	4-ACCIDENTE DE TRÁNSITO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### **LUGAR DE INTERNACIÓN:**

Sanatorio/Clinica/Otros:.....
Profesional Tratante:.....Teléfono:.....Nº Matricula:.....
Profesional Solicitante:.....Teléfono:.....
Nº Matricula:.....Correo Electrónico:.....

### **LUGAR DE ENTREGA:**

Lugar y Fecha de Entrega.....
Fecha de Cirugía: ____/____/____. Responsable de Recepción:.....

### **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:**

.....
.....
.....
.....

.....  
Firma y sello del Médico