



SOLICITUD DE MATERIALES

1) DATOS DEL AFILIADO:

- Nombres:.....
- Apellidos:.....
- Número de Afiliado:..... Edad:
- Domicilio:..... Teléfono:.....

2) FECHA PROBABLE DE CIRUGÍA:/...../ 20.....

- Urgencia: NO..... SI..... (tachar lo que NO corresponda)
- Código de la cirugía:

3) PEDIDO DE MATERIALES (No se aceptan marcas):.....

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

4) PLAN QUIRURGICO:.....

.....
.....

5) RESUMEN HISTORIA CLÍNICA Y TRATAMIENTOS REALIZADOS:

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

6) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

(RX, RMM, EMG (sólo columna), TAC, OTROS. Debe adjuntarse copia de informes)

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

FECHA:

FIRMA Y SELLO: