



Por una Argentina con Mayores Integrados

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES  
PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS  
SOLICITUD DE PROTESIS E IMPLANTES QUIRURGICOS

FECHA 	APELLIDO Y NOMBRE 	N° BENEFICIO 		
EDAD 	SEXO 	FECHA DE NACIMIENTO 	<input type="radio"/> LE <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> CI <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> LF <input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> PASAPORTE	NUMERO 
DOMICILIO 		LOCALIDAD 	PROVINCIA 	

DESCRIPCION

MODO			CODIGO
<input checked="" type="radio"/> PROGRAMADO	<b>Bomba de infusion elastomerica DOSI-FUSER 2 DAYS 100 ML (2 ML/H)</b>		
<input type="radio"/> URGENCIA	<b>Para tratamiento infusion continua 46 hrs 5-fluorouracilo cada 14 dias.</b>		
	<b>Indico: 2 (Dos) por mes</b>		
DIAGNOSTICO:		FECHA DE LA INTERVENCION:	

INTITUCION:	HISTORIA CLINICA N°:	U.G.L.: XVII - CHUBUT
-------------	----------------------	-----------------------

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ACTUANTE TELEFONO	FIRMA Y SELLO AUTORIZADO INSTITUCION SANATORIAL U HOSPITAL
--	---