



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