

O.S.P.I.T.

C. Esteban Bonorino 281(1406) Buenos Aires Tel/fax (011) 4613-8752/0804 e-mail: ospitabaco@infovia.com.ar
S.S.S.1-2050-4

SOLICITUD DE PRESTACIONES-RES.500/04
RESUMEN DE HC-FORM. 503

1- DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		CARNET OS:
DNI:	EDAD:	SX:

2- DATOS CLINICOS

DIAGNOSTICO:	COD OMS:
ANTECEDENTES:	
ESTUDIOS CONFIRMATORIOS:	
EVOLUCION:	
ESTADO ACTUAL:	
TRATAMIENTO (Drogas y dosis)	

3- DISCAPACIDAD

Origen congénita <input type="checkbox"/> Adquirido convulsiones <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CONTROL DE ESFINTERES: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parcial
<input type="checkbox"/> Autoválido <input type="checkbox"/> semidependientes <input checked="" type="checkbox"/> dependientes	DEAMBULACION <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> semipost. <input checked="" type="checkbox"/> postrado

4-PRESENTACION SOLICITADA

PRESENTACION/PRACTICA	CODIGO	CANTIDAD	ARANCEL

5-OBSERVACIONES

--

6-PRESTADOR

NOMBRE:		MN:	
DOMICILIO:	LOC:	PROV:	CP:
INSCRIPCION REGISTRO DE PRESTADORES SSS N°	ESPECIALIDAD:	TE:	

..... FIRMA Y SELLO
