

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE PROTESIS

CONVENIO IOMA-HOSPITALES PUBLICOS

Fecha: ___ / ___ / ___

Hora: _____

Tipo de trámite: Emergencia Urgencia De excepción Programada

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres: _____ Sexo: _____

N° afiliado: _____ Fecha nac.: _____ Edad: _____

ESTABLECIMIENTO: _____ Código Nac.: _____

Localidad: _____ Tel/fax: _____

Descripción de los elementos a implantar	Código
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Diagnóstico y/o fundamentos de la solicitud y/o resumen de historia clínica y/o motivo de la urgencia

DATOS DEL ACTO QUIRURGICO

Fecha probable de cirugía: ___ / ___ / ___ Hora: _____

Exámenes complementarios:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____

Sello y firma del Médico solicitante

Sello y firma del Director Hosp./Jefe de Servicio

RESERVADO IOMA INFORME DE LA AUTORIZACION O TRAMITE DE EXCEPCION

Aprobada Desaprobada

Sello y firma del Médico Auditor Central