

**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