



Obra Social del Personal de Farmacia (RNOS 10740-4)
Constitución 2066 C.A.B.A (C1254AAF) República Argentina

Tel / Fax: (011) 4943-7222 / 4943-4005/4086 E-mail: protesis@ospf.org.ar / insumos@ospf.org.ar

ANEXO 1

(Hoja N° 1)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE IMPLANTES E INSUMOS MÉDICOS

Estimado Profesional:

A fin de evaluar su solicitud y dar rápida respuesta, debe cumplimentar este formulario (original) y la prescripción en su recetario (original) para ser presentados en nuestros Centros de Atención.

Para las cirugías programadas que requieran prótesis o implantes, el cirujano actuante podrá confirmar fecha de la cirugía luego de que la **Obra Social del Personal de Farmacia** haya autorizado la provisión del material solicitado.

Las prescripciones médicas deben efectuarse por nombre genérico; no se aceptarán sugerencias de marcas, proveedor o especificaciones técnicas que orienten a la prescripción encubierta de determinado producto (s/Res. 201/02 MS). **La Obra Social del Personal de Farmacia proveerá** las prótesis nacionales según indicación. Sólo se admitirán prótesis y/o implantes importados cuando no exista similar nacional. La responsabilidad de la Obra Social se limita al momento de la provisión de la prótesis nacional según P.M.O. vigente. Luego de efectuada la intervención quirúrgica, el profesional deberá completar en forma manuscrita el Certificado de Implantes, adjuntando los correspondientes Stickers/Blister de todo material utilizado (descartables e implantables). Si desea obtener mayor información puede comunicarse llamando al teléfono de la **Sede Central de Obra Social del Personal de Farmacia (011) 4943-7222 / 4943-4005/4086 de 9:00 a 17 hs. Sector Prótesis.-**

HISTORIA CLÍNICA

Datos obligatorios a consignar por el médico especialista afín a la patología.

Acompañar a la prescripción (indicar nombre y apellido, N° de afiliado, tipo y N° de documento, diagnóstico, tipo de material, genérico – sin marca ni modelo-, fecha de prescripción, firma y sello)

A- Datos del afiliado

Apellido y Nombre		Número de Afiliado	
Tipo y N° de documento: DNI:		Edad:	Sexo: F - M FEMENINO
Teléfonos de contacto		E-mail:	
Categoría:			
Titular de Ley	Traspaso	Monotributista	Jubilado

B- Información adicional

URGENTE	PROGRAMADO	Fecha Estimada de cirugía	Lugar de entrega
INTERNADO			

C- Diagnóstico:

ANEXO 1 (hoja N° 2)

D- Antecedentes de la enfermedad

Estado actual: indicar el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades

E- Fundamento del Diagnóstico: Indicar estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza – el paciente adjunta copias e informes-

F- Detalle del material solicitado, sin marcas ni modelos:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

G- Fundamento terapéutico del Material Solicitado _____

H- Datos del Prestador:

1 – Nombre Establecimiento : _____ Tel / Fax : (_____) _____

2 – Dirección: _____ Prov : _____ CABA _____ E-mail : _____

I-Datos del Profesional tratante :

Apellido y Nombre:	Teléfono / Celular de Contacto:	E-mail:

Lugar y Fecha:

Firma y Sello del médico especialista

ACOMPañAR EL PRESENTE FORMULARIO A LA PRESCRIPCIÓN, AMBOS ORIGINALES
Auditoría médica podrá solicitar copia de informes e imágenes post quirúrgica (Rx, TAC o RMN según corresponda)