

# Formulario de Solicitud de absorbentes higienicos y/o descartables

Resolución: .....

A completar por profesional médico tratante con letra clara y legible. Esta planilla tiene caracter de DECLARACIÓN JURADA.

DELEGACIÓN: .....

## 1- DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: .....  
Número de Documento: ..... Número de Afiliado:.....  
Domicilio: ..... Localidad: .....  
Teléfonos:..... Teléfono Móvil:.....  
Edad: ..... Sexo: ..... Peso: .....

## 2- DATOS DEL APODERADO

Nombre y Apellido: .....  
Número de Documento: ..... Localidad: .....  
Domicilio: ..... Teléfono: .....

## 3- DIAGNÓSTICO/S CONFIRMADOS DE ENFERMEDAD:.....

.....  
.....  
Enfermedad de base: .....

Comorbilidad: .....

Causas de Incontinencia: .....

Certificado de Discapacidad: SI - NO Fecha de Vencimiento: .....

Otorgado por: .....

Incontinencia: Transitoria: SI - NO Definitiva: SI - NO

Modulo Mensual Solicitado: A - B - C - D - E (A: 30 - B: 60 - C:90 - D:120 - E: + de 120 unidades).

Categoría: N: Niños TAMAÑOS: NS - NM - NG - NXG - NXXG

A: Adultos: TAMAÑOS: AS - AM - AG - AXG - AXXG

Marca: .....

## 4- DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: .....

Matrícula Nro: ..... Provincia: ..... Especialista: .....

Domicilio Profesional: ..... Localidad: .....

Teléfono: ..... Teléfono Movil: .....

Fecha: ...../...../.....

## 5- AUDITORIA MÉDICA

Corresponde por patología: SI - NO

AUTORIZADO: SI - NO

MODULO AUTORIZADO POR AUDITORÍA MEDICA: A - B - C - D - E

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR

Fecha: ...../...../.....

RECIBO CON CONFORMIDAD:

.....

FIRMA AFILIADO