Instituto Provincial del Seguro de Salud
I.Pro.S.S.
Roca 250 – 8500 - Viedma

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ABSORBENTES HIGIENICOS Y/O DESCARTABLES
Resolución: ……..

A completar por profesional medico tratante con letra clara y legible
Esta planilla tiene carácter de DECLARACION JURADA

DELEGACION:……..

1 – DATOS DEL AFILIADO
Nombre y Apellido:…….
Número de Documento:……. Numero de Afiliado:……
Domicilio:……Localidad:……..
Teléfonos:……..Teléfono Móvil:……
Edad: ……. Sexo:…… …… Peso: ……..

2 – DATOS DEL APODERADO
Nombre y Apellido: ……
Número de Documento: …….. Localidad: …….
Domicilio: ……. Teléfono: ……

3 – DIAGNOSTICO/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

4 – DATOS DEL MEDICO TRATANTE
Nombre y Apellido: ……
Matricula Nro.:…….. Provincia: …….. Especialista: …….....
Domicilio Profesional: …… Localidad: ……
Teléfono: …….. Teléfono Móvil: …….
Fecha:……../……/……..

5 – AUDITORIA MEDICA

Corresponde por Patología: SI – NO

AUTORIZADO: SI – NO

MODULO AUTORIZADO POR AUDITORIA MEDICA: A – B – C – D – E

FIRMA Y SELLO DE AUDITOR MEDICO

Fecha: ……./……./…….