

ANEXO I

Solicitud de implantes e insumos médicos

Estimado Profesional:

A fin de evaluar su solicitud para dar una rápida y efectiva respuesta, debe completar este Formulario de Historia Clínica (original), cumplimentando con los requisitos, información y documentación que en el mismo se detallan, el cual debe remitirse en nuestro sector de Atención al Cliente por los canales habilitados.

Aclaraciones:

- Para las **cirugías programadas** que requieran prótesis/implantes y/o materiales quirúrgicos, el Profesional actuante podrá confirmar fecha de la cirugía luego de que Salud del Nuevo Rosario S.A. haya autorizado la provisión del material solicitado.
- Las **prescripciones (RP)** deben ser presentadas con un mínimo de 10 días hábiles de anticipación, salvo cirugías que se consideren de urgencia y/o casos de reposición. Este pedido debe contar con fecha, firma y sello del profesional actuante LEGIBLE, ser confeccionado por nombre genérico, es decir, no se aceptarán sugerencias de marcas, proveedor o especificaciones técnicas que orienten a un determinado producto, ya que Salud del Nuevo Rosario S.A. proveerá prótesis y/o materiales nacionales según indicación del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.), salvo excepciones previstas en Resoluciones vigentes. Además de lo detallado, debe contener información clara y legible respecto al Paciente como ser: Nombre/s y Apellido/s, Nro. de Afiliado y/o DNI, fecha, firma y sello profesional.
- Luego de efectuada la intervención quirúrgica, el profesional deberá completar en forma manuscrita el **Certificado de Implantes**, adjuntando los correspondientes Stickers/Blisters de todo material utilizado (descartables e implantables).

Formulario de Historia Clínica:

**Datos obligatorios a consignar por el profesional actuante, quien solicita materiales para la realización de Cirugía.*

A) Datos del Afiliado/Paciente:

*Apellido/s y Nombre/s completo:.....

Nº de Afiliado:.....

*Tipo y Nº de documento:..... *Edad:.....*Sexo: F M

*Teléfonos de contacto:.....

E-mail:

B) *Información adicional:

Urgente Programado

Fecha estimada de cirugía:

Lugar de entrega:

C) *Diagnóstico:

.....
.....

*Antecedentes de la enfermedad:

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

D) *Fundamento del Diagnóstico: Indicar estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza:

.....
.....
.....

F) *Detalle del material solicitado (sin marcas, ni modelos):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

G) *Fundamento terapéutico del Material Solicitado:

.....
.....
.....

H) *Datos del Prestador/Efactor:

*Nombre Establecimiento:
Tel / Fax: (____)
Dirección: Prov. :
E-mail:

I) *Datos del Profesional Actuante:

*Apellido y Nombre:
*Teléfono de Contacto:
*E-mail:

Lugar y Fecha

Firma y Sello Profesional

NOTA: Junto a dicha solicitud y formulario, debe adjuntarse prescripción (rp) de materiales confeccionada con nombre generico ademas de contener informacion clara y legible respecto a datos del paciente, fecha, firma y sello profesional. Ambos documentos originales deben presentarse en original, ademas de acreditar diagnóstico con estudios complementarios (copias).