

**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:.....  
N° de Afiliado:.....  
\*Tipo y N° 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/Efector:

\*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).**