

PRESCRIPCIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO

Datos del paciente

Apellidos _____ Nombre _____ Edad _____ Nº Afiliación S.S. _____

Domicilio _____ Código Postal _____ Localidad _____

Origen	Prescripción
<input type="checkbox"/> Enfermedad común <input type="checkbox"/> Acc. Tráfico <input type="checkbox"/> Acc. Laboral INSS <input type="checkbox"/> Acc. Laboral Mutua <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Sucesivas

Datos clínicos

Diagnóstico

Justificación anatómico-funcional

Propuesta de material ortoprotésico (según Catálogo General de Material Ortoprotésico)

Código	Descripción

Observaciones

Servicios Jerarquizados
Sello identificativo del Facultativo que realiza la prescripción
(nº de CIAS, nombre y nº de colegiado)
(FIRMA)

Servicios no Jerarquizados
Sello identificativo del Facultativo que realiza la prescripción
(nº de CIAS, nombre y nº de colegiado)
(FIRMA)

En _____ a _____ de _____ de _____ En _____ a _____ de _____ de _____