

*El siguiente formulario debe ser completado y firmado por profesional médico tratante.

*Afiliado debe completar los campos correspondientes a Condiciones Requisitos.

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

Nombre y apellido paciente:

Nº de afiliado:

Diagnóstico:

Tiempo aproximado de uso

Evolución y pronóstico

Firma Médico:

Sello Médico:

Condiciones Requisitos:

1- El presente formulario tiene una validez de 180 días desde la fecha de su emisión.

2- Debe presentar una renovación quince días antes de que se cumplan los 180 días de validez.

3- Si el punto anterior no es cumplimentado, se procederá al retiro del equipamiento por falta de justificación médica.

4- Si no está haciendo uso del equipamiento, contactarse al 0800- 345-0638 y dar aviso.

5- En caso de ruptura o desperfecto del equipamiento, es su deber dar aviso al proveedor designado.

Firma afiliado:.....

DNI afiliado:.....

Aclaración afiliado:.....

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

