



SOLICITUD DE PROTESIS E IMPLANTES QUIRURGICOS



Universidad de Buenos Aires

Obra Social de la
Universidad de Buenos Aires

| | | | | |
|-----------|---------------------------------|------------|----------------------------|----------------------------|
| Fecha | Apellido y Nombres del titular: | | N° de afiliado: | |
| Edad: | D.N.I.: | Sexo | F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |
| Teléfono: | Domicilio: | Localidad: | Provincia: | |

MATERIAL SOLICITADO

| MODO | | DIAGNOSTICO | MATERIAL | Fecha Qx. |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------|---|-----------|
| Programado | <input type="checkbox"/> | | | |
| Urgencia | <input type="checkbox"/> | | | |
| Firma y sello del médico actuante | | | | |
| Teléfono: | | | Firma y Sello Autorizado Institución Sanatorial u Hospitalaria | |

* Completar la totalidad de los datos.