



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

Formulario de Prescripción para la solicitud de Prótesis - Ortesis

Apellido y Nombre: _____

Edad: _____

Afiliado N°: _____

Diagnóstico:

Descripción de la Prótesis u Ortesis solicitada con las especificaciones técnicas:

Fundamento médico del pedido, adjuntar Historia Clínica detallada en letra legible o impresa por computación:

Estudio previos efectuados (adjuntar los mismos):

Condiciones de la cirugía: Programada Urgente

Fecha prevista de Cirugía: ____/____/____

Apellido y Nombre del Profesional solicitante: _____

Especialidad: _____ N° de Matrícula: _____

Fecha de la solicitud: ____/____/____

Sello y Firma del Profesional Actuante

En carácter de DECLARACIÓN JURADA, manifiesto expresamente haber leído el Reglamento para el Fondo Especial de Prótesis y Ortesis de la Obra Social para los Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe (OSPAC), que se me entrega respecto a las normativas de provisión de Prótesis, Ortesis y todo otro elemento descartable o de utilización en el acto quirúrgico que por su alto costo se incluya en el mismo y en tal sentido realizo la presente solicitud. De conformidad.

Obra/s Social/es a la cual se encuentra adherido adicionalmente: _____

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Firma del Afiliado Solicitante