

! Señor prestador:

Sepa usted que es **requisito imprescindible** completar toda la solicitud, con letra legible impresa, sin excepción. **Caso contrario, no se podrá dar curso a la prestación.**

Para: MESA DE ENTRADAS Y SALIDAS DE LA CSS

Sello

Hora

Recibió (firma y sello)

A llenar por el médico solicitante:

Nombre y apellido: _____

Edad: _____ Sexo: F M N° de afiliado: _____

Localidad de origen: _____

Diagnóstico: _____ **Código CIE 10:** _____

Resumen de historia clínica: _____

Material solicitado / Detallar solo especificaciones técnicas

NO MARCAS COMERCIALES

SIGUE EN DORSO 

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| Ancho de caderas | <input type="text"/> | Altura apoyabrazos | <input type="text"/> |
| Ancho de cintura | <input type="text"/> | Altura total | <input type="text"/> |
| Ancho de torax | <input type="text"/> | Peso | <input type="text"/> |
| Del hombro al asiento | <input type="text"/> | Edad | <input type="text"/> |
| De axila a isquión o base del asiento | <input type="text"/> | Ancho de asiento | <input type="text"/> |
| Largo de humero | <input type="text"/> | Profundidad de asiento | <input type="text"/> |
| De hueso popliteo al respaldo | <input type="text"/> | Altura de respaldo | <input type="text"/> |
| Del femur al talón | <input type="text"/> | Altura de apoya pies | <input type="text"/> |
| Largo de pie | <input type="text"/> | | |

Para: AUDITORÍA MÉDICA CSS

Afiliación verificada: SI NO

Observaciones: _____

Aprobado: SI NO

Cumplido, pase a Mesa de Entradas y Salidas para dar inicio de expediente y gírese a la Dirección de Compras y Patrimonio.

 Fecha

 Firma del auditor

 Sello del auditor

Conformidad de afiliado titular

Por la presente, doy conformidad al descuento que se deba realizar por planilla de haberes, en concepto de la adquisición del material solicitado.

Según resolución 2480/07, "texto ordenado de la Reglamentación de la Caja de Servicios Sociales".

 Aclaración

 N° de documento

 Firma del afiliado TITULAR