



SOLICITUD DE INSUMOS DE OSTOMIA

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Se deja constancia que la vigencia de este formulario, no lo/a exime de su responsabilidad de concurrir a los controles médicos indicados por su médico/a tratante y que de haber modificaciones en el tratamiento, deberá presentar nuevamente el Formulario actualizado. Auditoría Médica podrá solicitar información y/o documentación adicional que considere necesaria a fin de evaluar los insumos correspondientes

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE _____

Nº DOCUMENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

Nº AFILIADO DAS / OMINT _____ SEXO _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO MOVIL _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

MAIL _____

DIAGNÓSTICO Y ENFERMEDAD DE BASE

Detalle : _____

Tipo de Cirugía: _____
Intolerancia o Alergia a algún insumo en particular _____

TIPO DE OSTOMIA

Definitivo _____ Transitorio _____ Cantidad de meses _____

Colostomía _____ Ileostomía _____ Urostomía _____

Modulo _____ Medidas _____

Descripción de los Productos:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Nombre y apellido _____

Numero de Matricula _____

Domicilio Profesional _____

Teléfono _____

Mail _____

Firma y Sello del Profesional

Firma del
Paciente