



Instituto de Seguridad Social  
del Neuquén

**SOLICITUD DE PRÓTESIS**

**DATOS DEL AFILIADO:**

- Apellido y Nombres: .....
- Tipo y Número de Documento: .....
- Edad: ..... Sexo: F  M  • Teléfono: .....

**PRÓTESIS SOLICITADA:** (Especificaciones técnicas)

.....

.....

.....

.....

INTERNACIÓN     AMBULATORIO     FECHA CIRUGÍA    ...../...../.....

**RESÚMEN HISTORIA CLÍNICA:**

.....

.....

.....

.....

**ESTUDIOS REALIZADOS:** (Adjuntar)

RX     TAC     RNM     EMG     OTROS  .....

FECHA: ...../...../.....                      FIRMA Y SELLO: .....

---

Se informa que deben completarse todos los campos, de lo contrario no se recibirán los pedidos de prótesis.

---

**RESERVADO AUDITORÍA MÉDICA:**

.....

.....

.....

.....

.....

FECHA: ...../...../.....

FIRMA Y SELLO: .....

*...obra con sentido social*