## FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS DATOS DEL BENEFICIARIO Y PRESCRIPTOR



UGP																	
BENEFICIARIO								DNI n	0								
Apellido y Nombre:																	
Fecha de Nacimiento				Tel:								-					
Domicilio										N	N°						
Localidad				Provincia								С	Р	_		_	
Certificado de Discapacidad: Si			Si		No		Fe	echa d	e Ve	ncim	iento						
Diagnóstico																	
MÉDICO PRESCRIPTOR MATRICULA																	
Apellido y N	Nombre:																
Hospital																	
Calle												N°					
Localidad				Provincia							(	CP					
Tel				ail													
Fecha de Solicitud																	
LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD TIENEN CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA																	
				Firma y Sello MEDICO PRESCRIPTOR													
LOS DATO	S DECLARA	NDOS EN I	٨														
PRESENT CARACTE	E SOLICITU R DE DECLA SE HALLAN	D TIENEN ARACIÓN															
				Firma y Sello BENEFICIARIO O RESPONSABLE													

FIRMA y SELLO AUDITOR INCLUIR SALUD

Fecha:..... / 20......







## FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS (continuación)



Beneficiario:
HISTORIA CLÍNICA
Diagnóstico:
Antecedentes Personales:
Estado Actual:
Capacidad funcional (mental, motriz, sensorial)
¿Equipamiento Previo? Si No Descripción:
Descripción de equipamiento actual solicitado:
Código (según nomenclador):
Fundamentación de solicitud:

Firma y Sello Médico Prescriptor

Fecha:..... / ..... / 20......





