

ANEXO II (DISPOSICIÓN 390-16)
**FORMULARIO DE SOLICITUD DE HIGIENICOS
ABSORBENTES DESCARTABLES**

A completar por el médico de cabecera.

UGL:.....

Agencia:.....

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:.....

Número de Beneficio:.....

Número de Documento:.....

Domicilio: Calle.....Nº.....Localidad.....

Teléfonos (del Titular y Familiar):.....

Edad:..... Sexo: Peso:.....

Diagnóstico de enfermedad:.....

.....

.....

Enfermedad de Base:.....

.....

Modalidad de entrega: Domicilio..... Farmacia.....

Incontinencia: Definitiva.....Transitoria.....

Módulo:.....Total de unidades (Múltiplos de 30):.....

2. DATOS DEL MEDICO DE CABECERA

Nombre y Apellido:.....

Número de Matrícula:.....

Domicilio Profesional:.....

Teléfono:.....

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

