

ANEXO II

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HIGIENICOS ABSORBENTES DESCARTABLES

A COMPLETAR POR EL MÉDICO DE CABECERA:

UGL:	Agencia:
------	----------

1. DATOS PERSONALES

Apellido y nombre:	
N° de afiliado:	
Fecha de nacimiento: / /	Tipo y N° de documento:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad:
Domicilio:	Localidad:
Teléfonos (código de área + N°):	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/unido <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viudo	
¿Está afiliado a un sistema de medicina pre paga? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál?	

2. DATOS SANITARIOS

Diagnóstico de enfermedad:		
Afiliado dependiente: <input type="checkbox"/>	Afiliado autoválido: <input type="checkbox"/>	
En geriátrico <input type="checkbox"/> PAMI <input type="checkbox"/> Privado	En domicilio <input type="checkbox"/> Al cuidado de familiar <input type="checkbox"/> Intern. domic. <input type="checkbox"/>	
Incontinencia <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		
Módulo:	Descripción módulo:	Total unidades (múltiplos de 30):

3. DATOS DEL MEDICO DE CABECERA

Apellido y nombre:
Número de matrícula:
Domicilio profesional:
Teléfono:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Lugar y fecha: _____



A COMPLETAR POR EL AGENTE DE PAMI (en casos de solicitudes mayores a 90 pañales mensuales):

	SI	NO
¿Posee subsidio social por medicamentos (337)?		
¿Posee certificado de discapacidad?		

Lugar y fecha: _____

