

ANEXO II

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS DESCARTABLES
POR VIA DE EXCEPCION

A completar por el médico de cabecera.

UGL:.....

Agencia:.....

1. DATOS DEL AFILIADO

Nombre y

Apellido:.....

Número de

Afiliación:.....

Número de

Documento:.....

Domicilio:

Calle.....Nº.....Localidad.....

Teléfonos (del Titular y

familiar):.....

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

Diagnóstico:.....

.....

.....

.....

Comorbilidades.....

.....

.....

INSUMO:.....

Total de unidades (aclarar período de provisión):.....

1º solicitud Renovación

2. DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA

Nombre y

Apellido:.....

Número de

Matrícula:.....

Domicilio

Profesional:.....

Teléfono:.....

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO