FORMULARIO DE PEDIDO DE BOLSAS E INSUMOS PARA COLOSTOMÍAS, UROSTOMÍAS E ILEOSTOMÍAS.

Por favor, imprimir, completar y entregar a Unión Personal /Accord Salud esta hoja.

Nombre y apellido del paciente:	
D.N.I.:	N° de afiliado:
Plan:	Dos teléfonos de contacto:
Domicilio:	
E-mail:	
Fecha de nacimiento:	Edad:

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Fecha:……./……/……

Resumen de historia clínica del paciente y estado actual
…… …… …… …… …… ……

TIPO DE OSTOMA	LOCALIZACIÓN	FUNCIONANTE	
1.		**SI**	**NO**
2.		**SI**	**NO**
3.		**SI**	**NO**

TIPO DE BOLSAS/INSUMOS SOLICITADOS	Cantidad por 90 días estimado*
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Firma del médico	**Sello**	**Teléfono de contacto**

ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA AL MÉDICO AUDITOR

Detallar las observaciones de auditoría

Fecha:……/……/…….

Firma del médico AUDITOR	**Sello**	**Teléfono /Interno UP**