

INSTRUCTIVO DE SILLA DE RUEDAS

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

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de silla de ruedas deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Prescripción médica de la silla de ruedas. La indicación médica **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, modelo y/o proveedor.**

La Obra Social proveerá insumos ortopédicos nacionales según indicación y normativa vigente, Resolución M.S. N° 201/02 P.M.O., Anexo I Punto 8.3.3.

- Resumen de historia clínica con fecha de inicio y antecedentes de la patología, fecha y lugar de la intervención, diagnóstico con la firma del médico interviniente. **(IMPORTANTE: INDICAR ANTIGÜEDAD DE LA PATOLOGÍA).**

- **Informe e imágenes de estudios respaldatorios si los posee.**

- En el caso particular de discapacidad, deberá adjuntar la copia del certificado correspondiente, emitido por autoridad oficial y con vigencia actual.

VÍAS DE COMUNICACIÓN

Podrá realizar la presentación digital a la casilla protesis-ame@ospoce.com.ar indicando nombre completo y número de DNI, los archivos deben ser escaneados en formato PDF, de manera clara y legible, no se aceptan fotos.

IMPORTANTE: conserve los originales ya que eventualmente podrán ser requeridos por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Puede optar por la presentación de los originales en cualquiera de nuestras sedes:

<https://www.ospoce.com.ar/sedesCaba.php>

DATOS DEL AFILIADO

Firma:

Aclaración:

DNI: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

DATOS DE MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: _____

Celular: _____ Mail: _____

Institución o sanatorio: _____

**NO SE RECIBIRÁ NI TRAMITARÁ SOLICITUD ALGUNA QUE NO CUMPLAN ESTRICTAMENTE CON ESTOS REQUISITOS.
LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA CONFORMIDAD DE LO SOLICITADO.**

TRÁMITE SUJETO A AUDITORIA MÉDICA.

SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS

Lugar de emisión: Fecha:/...../.....

Datos del paciente

Apellido y Nombre:

DNI: N° de beneficiario / CUIL: Tel.:

Fecha de nacimiento:/...../..... Localidad: Provincia:

Datos de la prestación

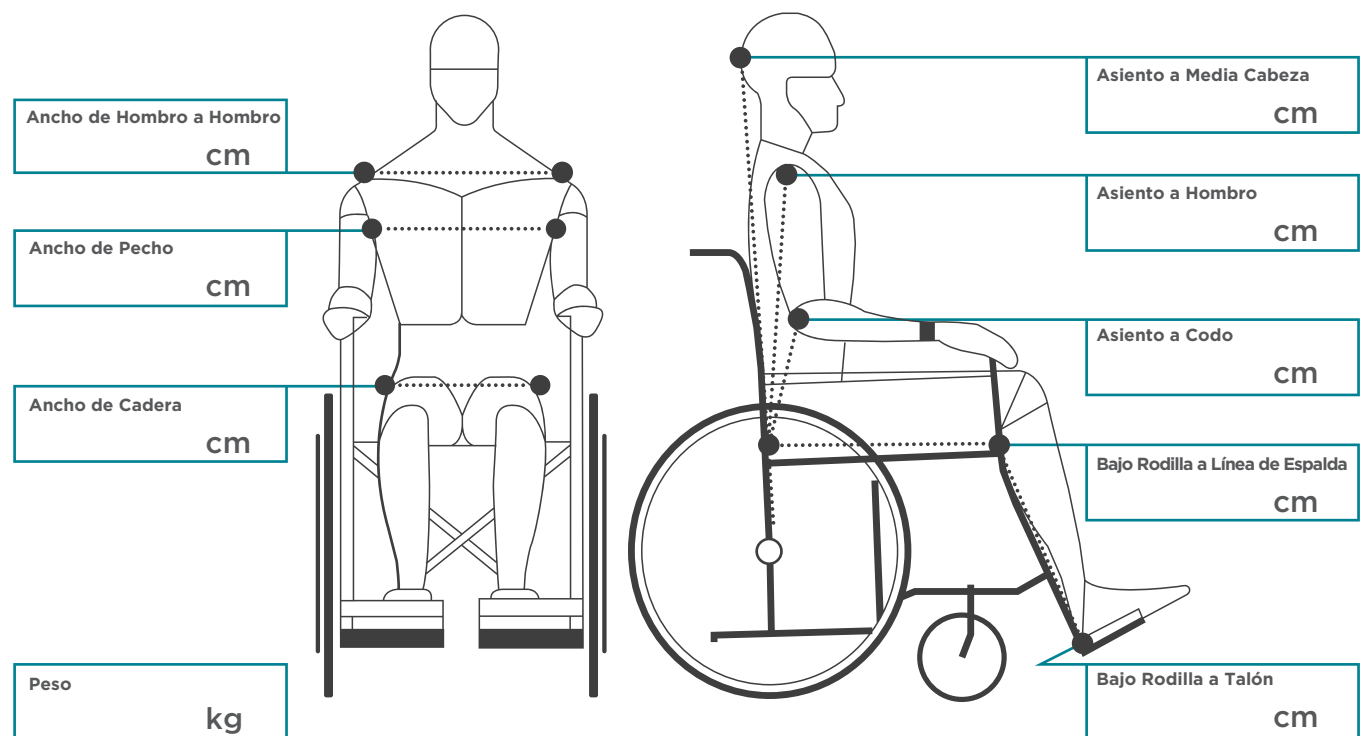
Equipamiento:

Médico prescriptor:

Características

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Apoya cabeza | <input type="checkbox"/> | Soporte Lateral de Caderas | <input type="checkbox"/> | Soporte Lateral de Tronco | <input type="checkbox"/> |
| Cinturón | <input type="checkbox"/> | Abductor de Piernas | <input type="checkbox"/> | Chiripá | <input type="checkbox"/> |
| Cinturones por Hombro | <input type="checkbox"/> | Arnés de Entrpierna | <input type="checkbox"/> | Chaleco de Sujeción | <input type="checkbox"/> |
| Ruedas Antivuelvo | <input type="checkbox"/> | Sujeción de Empeine | <input type="checkbox"/> | Almohadón | <input type="checkbox"/> |

Otros:



El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con la relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS

DIAGNÓSTICO

.....
.....

TIEMPO DE EVALUACIÓN Y ESTADO ACTUAL

.....
.....
.....

EQUIPAMIENTO ACTUAL

Fecha en la que fue equipado:

Tiempo de uso del equipamiento actual:

Estado de conservación (describa deterioro):

.....
.....
.....

EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL PACIENTE

Control corporal:

.....

Autovalimiento:

.....

Equipamiento utilizado para la marcha:

.....

Objetivo terapéutico en referencia al tipo de material solicitado:

.....

Actividades que realiza el paciente:

.....

**Firma, aclaración y
Sello del profesional:**