



ANEXO III Formulario elementos de tecnología biomédica

Al médico tratante:

(1) Esta Dirección cubrirá los medicamentos y/o elementos de tecnología sanitaria que se encuentren incluidos en los módulos/anexos del Sistema Único de Reintegros (SURGE) (Resolución N° 1200/12, 731/23, ambas de la Superintendencia de Seguros de Salud, más sus complementarias y modificatorias).

(2) No se aceptarán prescripciones con marca comercial u orientación a la misma.

(3) Utilizar letra clara.

Datos del paciente

Nombre y apellido:

Tipo y número de documento de identidad:

Edad: Sexo:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfono: Celular:

Correo electrónico:

Diagnóstico:

N° de ciclo:

Altura: Peso: Superficie corporal:

Datos del médico tratante

Apellido y nombre del médico tratante:

Especialidad:

Servicio: Sello de la institución:

Jefe de Servicio o Director que avala:

Teléfono de contacto con médico Interno:

Celular Correo Electrónico:

Datos del elemento solicitado

Nombre del elemento y cantidad:

.....

.....
Especificaciones técnicas (sin marca comercial):
.....
.....

Diagnóstico que justifica la indicación efectuada

Diagnóstico: Fecha del diagnóstico: / /

Resumen de historia clínica:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Métodos complementarios de diagnóstico:
.....
.....
.....

Estado general y funcional del paciente: (Deterioro Cognitivo; Insuficiencia respiratoria y/o cardíaca y/o renal; Hepatopatías; CFR; etc)
.....
.....
.....

Aclarar:

Ambulante	Semi ambulante	No ambulante

Tratamientos previos:
.....
.....
.....

Tipo de terapia/s previa/s: (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, radioterapia, diálisis, etc, indicando fecha de práctica)

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

Tipo de intervención:

EMERGENCIA	URGENCIA	PROGRAMADO

Fundamentación del tratamiento solicitado:

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

Entidad:Sello.....

Apellido y nombre del Director de la entidad:

Firma: Sello:

Firma y sello del prescriptor:

Fecha de prescripción: / /