

FORMULARIO DE ORTESIS / ELEMENTOS DE MOVILIDAD

Nota importante: Adjuntar a este formulario el último recibo de sueldo y, en caso de corresponder, el CUD (Certificado Único de Discapacidad) en el que figure la fecha de vencimiento vigente.

• La solicitud debe ser prescripta por un médico/a de la **Red Prestacional de OSFE**.

PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____

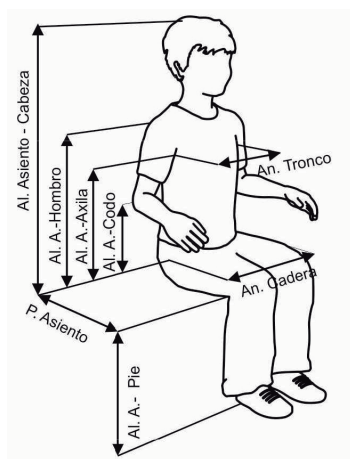
Nº de Afiliado/a: _____ Fecha de Nac: _____

Tipo y Nro de Doc: _____ Nº de Teléfono: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Pcia: _____

MEDIDAS PARA PRODUCTOS DE SEDESTACIÓN (debe ser completado por el Médico/a Prescriptor/a)



PRODUCTO SOLICITADO:

Altura Asiento - Cabeza:

Altura Asiento - Hombro:

Altura Asiento - Axila:

Altura Asiento - Codo:

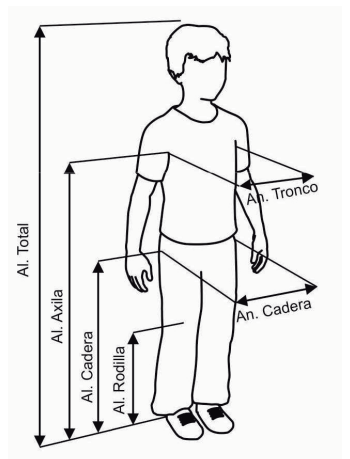
Ancho de Tronco (no doblar el centímetro):

Ancho de Cadera (no doblar el centímetro):

Prof. Asiento (desde respaldo hasta hueco poplíteo):

Altura Asiento - pie (desde hueco poplíteo hasta ap. pies):

MEDIDAS PARA PRODUCTOS DE BIPEDESTACIÓN



PRODUCTO SOLICITADO:

Altura Rodilla:

Altura Cadera:

Altura Axila:

Altura Total:

Ancho de Tronco:

Ancho de Cadera:

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del Médico/a:	Aclaración:	Fecha:
-----------------------------	-------------	--------