

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS
PARA AFILIADOS CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (CUD)

Esta sección debe ser completada por el afiliado con letra clara y legible

Nombre y apellido del paciente:	
D.N.I.:	N° de afiliado: Plan:
Dos teléfonos de contacto con código de área: > >	
Domicilio de entrega de los insumos:	
Entre calles: Código Postal:	Piso: Dpto.: Provincia:
Dirección de correo electrónico (e-mail):	
Fecha de nacimiento del paciente: Edad:	Peso: Contorno de Cintura cm:

Esta sección debe ser completada por el médico tratante.

Diagnóstico: CUD Vto.:/...../..... Controla esfínteres: SI / NO Sonda vesical SI / NO Tipo de alimentación	Deambula: SI / NO permanente o transitoria
--	---

Insumos solicitados

Pañales con cobertura

NIÑOS	Talle G	Talle XG	Talle XXG
JUVENILES	Talle CH	Talle M	
ADULTOS ANATÓMICOS	Talle G	Talle XG	Talle XXG
ADULTOS RECTOS	Talle G	Talle XG	Talle XXG

Estado actual del paciente (Información para evaluar y decidir sobre lo solicitado):

.....

.....

Finalidad de cada insumo y justificación de la cantidad solicitada

.....

.....

.....

.....

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Fecha: / /

Firma del médico	Sello	Teléfono de contacto
-------------------------	--------------	-----------------------------

**Accord Salud y Unión Personal autorizan el número de insumos por mes luego de evaluar el pedido médico. Accord Salud y Unión Personal también se reservan el derecho de proveer productos de similares características a los solicitados.*