

PROVISION DE PAÑALES

Requisitos	
<input type="checkbox"/> Fotocopia DNI o CIPE, ambas caras	<input type="checkbox"/> Fotocopia de Recibo de Sueldo

Historia Clínica		
DNI	Edad	Fecha Nac: / /
Apellido y Nombre		
Domicilio		Barrio
Localidad		Telefono

Diagnóstico			
Principal:	Secundario:	Incontinencia	
Tiempo de evolución Fecha Inicio: / /	Tiempo de evolución Fecha de Inicio: / /	<input type="checkbox"/> Urinaria	<input type="checkbox"/> Fecal

Examen Clinico Actual				
Peso:	Kg.	Talla:	cms	IMC: Perim. Abd:

Tipo de Pañales		
Niño	Juvenil	Adulto
<input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> GRANDE <input type="checkbox"/> EXTRA GRANDE <input type="checkbox"/> EXTRA EXTRA GRANDE	<input type="checkbox"/> ANATOMICO <input type="checkbox"/> CLASICO	ANATOMICO
		<input type="checkbox"/> CHICO
		<input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> GRANDE <input type="checkbox"/> EXTRA GRANDE
		CLASICO
		<input type="checkbox"/> GRANDE <input type="checkbox"/> EXTRA GRANDE

Estado Actual del Paciente
<input type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> MOVILIDAD ASISTIDA (utiliza silla de ruedas, muletas, otros) <input type="checkbox"/> POSTRACION <input type="checkbox"/> UTILIZA SONDA <input type="checkbox"/> BOLSA COLECTORA DE ORINA <input type="checkbox"/> BOLSA PARA OSTOMIA

LUGAR: _____ FECHA: / /

 FIRMA y SELLO
 MEDICO PRESTADOR

AUTORIZADO (Uso exclusivo Obra Social)				
PAÑAL	TIPO	TAMAÑO	CANTIDAD	VENCIMIENTO

 FECHA

 FIRMA AUDITORIA