

Solicitud de equipamiento (Para completar por el médico prescriptor)

Diagnóstico: _____

Tiempo de evolución y estado actual: _____

Equipamiento actual:

• Fecha en la que fue equipado: _____

• Tiempo de uso del equipamiento actual: _____

• Características técnicas: _____

• 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: _____

Detalle técnico del equipamiento solicitado (material y características) y fundamentación de su uso: _____

Detalle de otras prestaciones que recibe el paciente:

En caso de tratarse de equipamiento protésico deberá informarse:

Tratamiento preprotésico cumplimentado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Logro de marcha con equipamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de amputación
---	---	---------------------

Firma y sello del médico	Aclaración	Matrícula
--------------------------	------------	-----------

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 relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.