



## Completar todos los datos del Formulario

Lugar de emisión \_\_\_\_\_ Fecha  /  /

### Datos del afiliado

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ N°DNI

N° de beneficiaria - CUIL  Fecha de nacimiento  /  /  Tel.

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

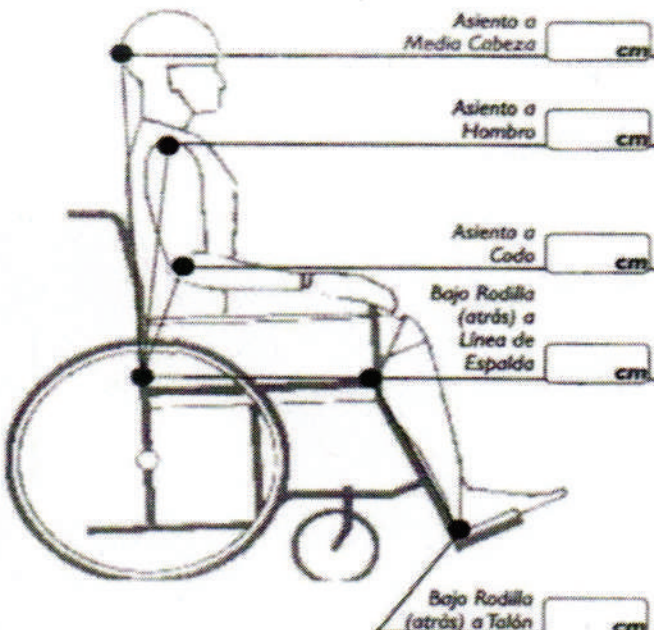
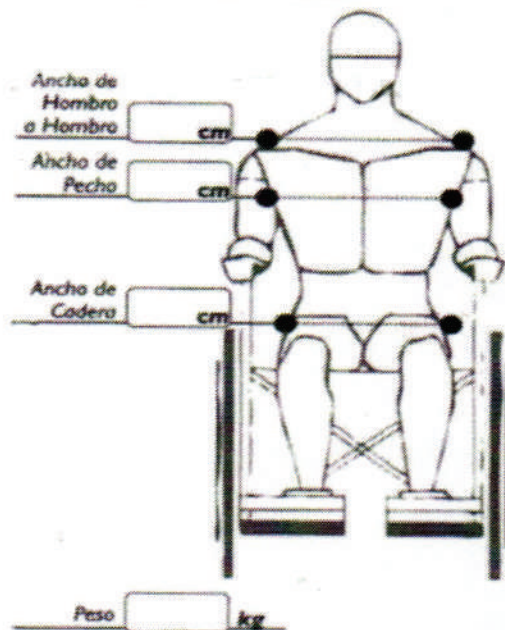
### Datos de la Prestación

Equipamiento \_\_\_\_\_

Médico Prescriptor \_\_\_\_\_

### Características

Apoya cabeza <input type="checkbox"/>	Soporte Lateral de Caderas <input type="checkbox"/>	Soporte Lateral de Tronco <input type="checkbox"/>
Cinturón <input type="checkbox"/>	Abductor de Piernas <input type="checkbox"/>	Chiripá <input type="checkbox"/>
Cinturones por hombro <input type="checkbox"/>	Arnés por Entrepierna <input type="checkbox"/>	Chaleco de Sujeción <input type="checkbox"/>
Ruedas Antivuelco <input type="checkbox"/>	Sujeción de Empeine <input type="checkbox"/>	Almhadón <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>		



\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional