

Fecha: ___ / ___ / _____

Servicio/Área solicitante: _____

Producto solicitado: _____

Descripción del dispositivo médico / equipamiento:

Solicitud de incorporación -Por paciente (por excepción)

Datos del paciente (si corresponde):

(Colocar Sticker)
Nombre y Apellido:

Nro. H. Clínica:

Peso: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Motivos de su solicitud

Informar:

- Es exclusivo de alguna empresa: Si No

Nombre de la/s empresa/s proveedora/s:

- Es insumo-dependiente de un equipo: Si No

Nombre y modelo del equipo:

-Es única marca disponible: Si No

-Es única marca aceptada: Si No

-En caso única marca aceptada, aclare las razones para la exclusividad

Producto/insumo en estudio? Si No Fase? I II III IV

Costo estimado por unidad: \$ _____

Costo total del tratamiento/paciente (si corresponde): \$ _____

Consumo mensual promedio estimado: _____ unidades/mes

Firma y sello Jefe de Área/servicio solicitante

DIRECCIÓN

AUTORIZACIÓN: Si No **Requiere Formulario SNT** **(F. Sol. Nuevas Tecnologías)**
(Marcar lo que corresponde)

Pase a Centro de Pedido: _____ para su codificación y gestión

Observaciones

Firma y sello de Dirección