

FECHA.....

SOLICITUD DE INSUMOS PARA PACIENTES INTERNADOS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO.....
N° DE HISTORIA CLÍNICA.....
OBRA SOCIAL.....
N° AFILIADO.....N° DE DOCUMENTO.....
INTERNADO EN SERVICIO.....PISO.....CAMA.....
SOLICITUD DE: (ADJUNTAR RECETA Y/O PRESUPUESTO SEGÚN CORRESPONDA).....
.....
.....
.....

MÉDICO INTERVINIENTE
(FIMRA Y SELLO)

JEFE DE SERVICIO
(FIMRA Y SELLO)

JEFE DE DEPARTAMENTO
(FIMRA Y SELLO)

INTERVENCIÓN DEL ÁREA QUE CARECE DEL INSUMO SOLICITADO: Farmacia Central de Materiales y/o Laboratorio según corresponda.....
.....
.....
.....

INTERVENCIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA (si tiene Obra Social)
.....
.....

INTERVENCIÓN SERVICIO SOCIAL (si NO tiene Obra Social).....
.....

AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN.....
.....

DATOS A SER COMPLETADOS POR EL ÁREA ADMINISTRATIVA

AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
.....

INTERVENCIÓN DEPARTAMENTO DE TESORERÍA
FACTURA N°.....
REMITO N°.....
FIRMA DEL PERSONAL INTERVINIENTE.....

INTERVENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN
.....

FIRMA DEL PERSONAL INTERVINIENTE.....