

DATOS DEL MÉDICO	
Nombre y apellido:	
Matrícula:	Teléfono:
e-mail:	
Institución donde se realiza la cirugía:	
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y Apellido:	
Edad:	Sexo:
DATOS CLÍNICOS	

**Prescripción Médica (Ser claro y específico, en caso de tener receta adjuntar la original)**

---



---



---



---

**Material seleccionado:**

PMMA	<input type="checkbox"/>	PMMA + HA (Opacity)	<input type="checkbox"/>
Titanio TRABECULAR	<input type="checkbox"/>	PEEK	<input type="checkbox"/>
Titanio MACIZO	<input type="checkbox"/>	Otro (*) _____	<input type="checkbox"/>
Malla de Titanio Dinámica	<input type="checkbox"/>	_____	

(\*) Debe especificar el material y la empresa evaluará la posibilidad de confección del implante a medida.

Firma y Sello:

Aclaración:

Fecha:

**Nota:** La información solicitada es conforme al Anexo XIII de la DISPOSICION DE ANMAT N° 9688/2019.

Elaboró/Editó: Croce V.	Revisó: Fiz D.	Aprobó: Croce V.
Fecha: 11/01/2024	Fecha: 12/01/2024	Fecha: 12/01/2024