

## Provisión de materiales de ORTOPEDIA

### Documentación a presentar en OSIM

- **Pedido Médico (original)** indicando diagnóstico y material “**genérico**”, con especificaciones del mismo.
- **Resumen de Historia Clínica tipo 2** completo (original / ver formulario adjunto en página 2) Indicando datos del paciente, con justificación de necesidad, objetivos a lograr del equipamiento solicitado, evolución de patología, cómo se produjo la lesión.
- **Formulario Solicitud de ortesis** (ver formulario adjunto en página 3)
- **Número de teléfono celular** del profesional tratante.

En caso de solicitar **silla de ruedas**, indicar:

- ✓ Talle (altura y peso) del paciente.
- ✓ Especificaciones técnicas de la silla.
- ✓ Especificaciones de accesorios requeridos.
- ✓ Tiempo estimado de uso.

La documentación requerida podrá ser enviada a través de:

- ✓ e-mail: [info@osim.com.ar](mailto:info@osim.com.ar)
- ✓ Fax: (011) 4010-6746 opción 1
- ✓ Personalmente o por carta en cualquiera de nuestras sucursales.

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 2 (Prótesis - Cirugía - Ortopedia)

Lugar y Fecha: .....

Nº de Documento: .....

Nombre y Apellido: .....

Antecedentes de enfermedad actual y diagnóstico:

.....  
.....  
.....

Cómo y cuándo se produjo la lesión:

.....  
.....  
.....

Estudios complementarios:

.....  
.....  
.....

Tratamientos anteriores:

.....  
.....  
.....

Tecnología y/o práctica solicitada:

.....  
.....  
.....

Altura: ..... Peso: ..... Superficie corporal: .....

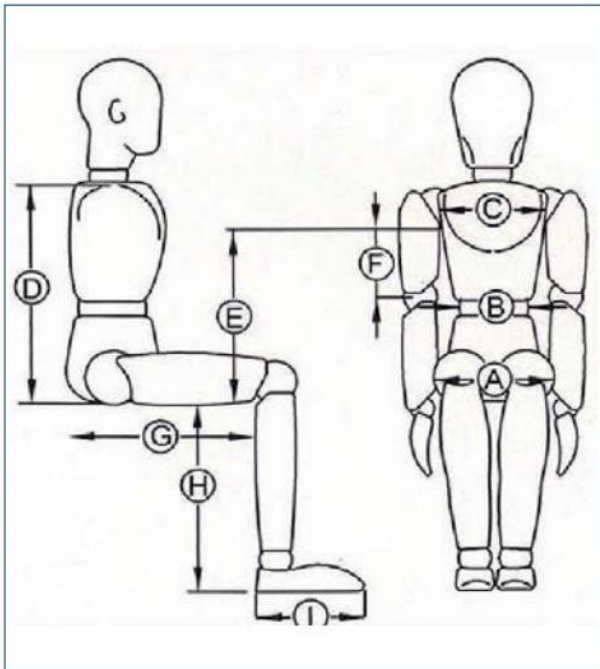
Estado actual del paciente:

.....  
.....  
.....

.....  
Firma y Sello del Médico

### SOLICITUD DE ORTESIS

Nombre y Apellido:	DNI
Terapeuta a cargo:	Tel./Cel.:



	SI	NO
Problemas respiratorios severos, necesita estar con el tronco recostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿tiene control del tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿tiene control de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede impulsar la silla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es flácido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es espástico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Deformaciones de columna

	Reducible		Intensidad		
	SI	NO	Leve	Moderada	Severa
Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cifosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lordosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (A)** Ancho de caderas \_\_\_\_\_
- (B)** Ancho de cintura \_\_\_\_\_
- (C)** Ancho de tórax \_\_\_\_\_
- (D)** Del hombro al asiento \_\_\_\_\_
- (E)** De axila a isquión o base del asiento \_\_\_\_\_
- (F)** Largo de húmero \_\_\_\_\_
- (G)** De hueco políteo al respaldo \_\_\_\_\_
- (H)** Del fémur al talón \_\_\_\_\_
- (I)** Largo de pie \_\_\_\_\_
- (J)** Altura de apoyabrazos \_\_\_\_\_
- (K)** Altura TOTAL \_\_\_\_\_
- (L)** Peso \_\_\_\_\_
- (M)** Edad \_\_\_\_\_

#### Notas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Especificaciones del material solicitado:

---

---

---

Firma y sello del Profesional

Fecha