

PROVISIÓN DE PRÓTESIS QUIRÚRGICAS Y ÓRTESIS EXTERNAS

Lea atentamente estas instrucciones para agilizar su trámite.

- Presente todo el legajo completo en cualquiera de nuestras [sucursales](#)
- La gestión de provisión se iniciará sólo al momento de recepción **de la documentación original en OSIM**. Si quiere asegurarse que esté completa antes de presentarla, envíela por e-mail a info@osim.com.ar y con la confirmación puede presentar el legajo completo en cualquier sucursal (existen buzones habilitados, sin necesidad de que solicite turno)
- **Plazo mínimo de presentación:** 7 días hábiles anteriores a la fecha de cirugía, excepto urgencias debidamente justificadas
- **Alcance de cobertura:** prótesis sin cargo y elementos de colocación interna de origen nacional. Se proveen materiales importados sólo en el caso que no existan similares de origen nacional. En ambos casos, se provee la de menor valor en el mercado (Resolución 201/2002 Ministerio de Salud, Programa Médico Obligatorio, Inciso 8.3.3 Prótesis y Ortesis)
- **Recuerde** realizar el check-list a la guía de pagina 2, antes de presentar el legajo en la Obra Social.

Se adjuntan los siguientes formularios:

- Resumen de Historia Clínica tipo 2 (prótesis – cirugía – ortopedia)
- Modelo de Consentimiento Informado
- Nota Compromiso

Documentación	Original/copia	Descripción	Si/ No
Pedido Médico	Original	Datos del paciente: nombre y apellido completo, Nro. de DNI, Nro. de afiliado.	
		Detalle de prótesis en forma genérica, indicando especificaciones técnicas (sin marca)	
		Diagnóstico	
		Fecha de prescripción	
		Fecha, hora y lugar de cirugía	
		Firma del profesional tratante	
		Sello Profesional tratante	
		Teléfono celular de contacto del médico prescriptor	
		E-mail de contacto del médico prescriptor	
Historia Clínica completa	Original	Formulario Adjunto en página 3	
		Datos del paciente: Nombre y Apellido, Nro. de afiliado, DNI	
		Evolución de la patología	
		Cómo se produjo la lesión, en caso de ser traumatológica	
		Tipo de cirugía a realizar	
Consentimiento informado	Copia	Formulario adjunto en página 4	
Informe y estudios relacionados con la lesión	Imagen y Laboratorio	Por ej.: Radiografías, tomografías, ecografías, resonancias, etc.	
Autorización de la red prestacional	Copia	Autorización de la cirugía en la red prestacional	
Nota compromiso	Original	Formulario adjunto en página 5	
Datos de contacto del paciente		Celular/es y e-mail de contacto del paciente: por e-mail o adjunto al legajo completo para acceder a la cobertura y facilitar su atención.	

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

Lugar y Fecha:

N° de Documento: N° de Afiliado:

Nombre y Apellido:

Antecedentes de enfermedad actual y diagnóstico:

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

Tratamientos anteriores:

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

Estado actual del paciente:

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

Cómo y cuándo se produjo la lesión (en caso traumatológico):

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

Estudios complementarios:

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

Tecnología y/o práctica solicitada:

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

Altura:- Peso: Superficie corporal:

.....
Firma y Sello del Médico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: de de

Yo, con DNI N°, he sido informado de la necesidad de ser sometido a, por padecer (explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se lleva a cabo)

Asimismo, me han sido explicado los beneficios razonables del tratamiento propuesto, los cuales consistirían en:

Del mismo modo, se me han explicado todas las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el tratamiento propuesto, que podrían consistir en:
como así también, que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Finalmente, se me han informado las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que pueden producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas a seguir, que podrían consistir en:

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/ medicamento.....
o para la realización del procedimiento / práctica denominada:

Firma del paciente: Aclaración de firma:

En caso de incapacidad del paciente:

Firma representante legal / tutor:

Aclaración de firma: N° de DNI

Carácter:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento / tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar todas las preguntas formuladas por el paciente, por lo que entiendo que el / la Sr. / Sra. ha comprendido la totalidad de lo explicado.

Firma y sello del médico

NOTA COMPROMISO

Lugar y fecha:

Me comprometo a entregar a la Obra Social OSIM, en caso de ser requerida, documentación adicional respaldatoria del post-operatorio de la cirugía realizada en:

Lugar: Fecha:

Nombre y apellido del paciente:

DNI del paciente:

Datos de Contacto del paciente:

Celular: E-mail:

Dentro de un plazo de 60 días desde la fecha de solicitud, para ser presentada ante los organismos de control que correspondan.

.....
Firma

.....
Aclaración de firma