GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat

ANEXO II
FORMULARIO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA ENTRE SERVICIOS DE MFyR DE LA COMUNITAT VALENCIANA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR DE ESPECIAL PRESCRIPCIÓN

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos	Nombre

SIP	Fecha de nacimiento	Teléfono	Correo electrónico

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Amputación bilateral ☐ SÍ ☐ NO

Diagnóstico asociado a la solicitud

☐ Enfermedad común Fecha de inicio

☐ Accidente laboral Fecha del accidente Mutua

☐ Accidente de tráfico Fecha del accidente Aseguradora

☐ Otros

Otros diagnósticos relevantes

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Tipo de prótesis de miembro superior y componentes asociados que en la actualidad lleva el paciente. Indicar al menos el código del catálogo

Fecha de la última prescripción de los componentes de la prótesis

DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE

Centro hospitalario	Servicio-Unidad asistencial

Apellidos	Nombre

Teléfono	Correo corporativo

Fecha

Firma