



PRESCRIPCIÓN DE ORTOPRÓTESIS EXTERNAS

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

Apellidos: Nombre:
Clave colectivo: TSI 006. Nº ISFAS: 28/7 Fecha nacimiento:

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL FACULTATIVO (1)

Apellidos: Nombre:
Nº Colegiado: Especialidad: Correo electrónico:
Hospital/Centro: Servicio/Unidad:
(1) La indicación debe realizarse por médicos de la especialidad que corresponda a la patología que justifica la prescripción.

3. MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN

[] Accidente Acto Servicio o laboral [] Otro tipo de accidente (especificar):
[] Malformación congénita [] Enfermedad u otro (especificar)

4. DIAGNÓSTICO

Discapacidad o patología que justifica la prescripción.
El paciente tiene incapacidad permanente para la marcha funcional SI NO

5. PRESCRIPCIÓN (2)

[] Primera prescripción [] Reparación [] Renovación (especificar motivo).....
Tipo de producto o denominación / descripción del producto. Si debe incluir componentes específicos deben detallarse.
(2) La indicación debe realizarse por médicos de la especialidad que corresponda a la patología que justifica la prescripción

Firma del especialista prescriptor
Fecha: ____/____/____

6. REVISIONES

[] Adaptación adecuada
[] OTROS (especificar)
Fecha próxima revisión: ____/____/____