



PRESCRIPCIÓN DE ORTOPRÓTESIS EXTERNAS

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

Apellidos: Nombre:
Clave colectivo: **TSI 006.** N° ISFAS: **28/7** Fecha nacimiento:

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL FACULTATIVO (1)

Apellidos: Nombre:
N° Colegiado: Especialidad (1) 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.

En caso de prescripción de silla de ruedas, indicar el valor en la escala FAC (2) (0-5):

5. PRESCRIPCIÓN

☐ Primera prescripción ☐ Reparación ☐ Renovación (especificar motivo)

Tipo de producto o denominación / descripción del producto. Si debe incluir componentes específicos deben detallarse.

(1) 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: ____/____/____

(2) FAC (Functional Ambulation Classification)