



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**PLANILLA PARA LA RECEPCIÓN DE TRÁMITES TENDIENTES  
EXCLUSIVAMENTE A LA PROVISIÓN DE PRÓTESIS QUIRÚRGICAS,  
MARCAPASOS Y MATERIAL IMPLANTABLE**

Apellido y nombres del paciente	
n° afiliado	
Adjunta estudios complementarios (indicar lo que corresponda)	SI - NO
Institución en donde se llevará a cabo la cirugía	
Fecha de internación	
Fecha de cirugía (el mínimo para aceptar la solicitud es de cinco -5- días hábiles entre la presentación y la cirugía)	

DATOS DE CONTACTO	
Teléfono fijo	
Teléfono celular	
Correo electrónico	

FIRMA:

ACLARACIÓN:

FECHA:

INFORMACIÓN A COMPLETAR POR EL MÉDICO AUDITOR DE GUARDIA	
Diagnóstico	
Plan quirurgico	
Firma y aclaración del médico auditor	