



MODELO DE INFORME MÉDICO PARA LA PRESCRIPCIÓN ORTOPROTÉSICA

Responsable de la prescripción

Nombre y apellidos:
Especialidad y nº de colegiado:

Datos identificación usuario

Nombre y apellidos:
Fecha de nacimiento:
Peso y talla, si procede:

Motivo de la prescripción

Enfermedad común	<input type="checkbox"/>	Accidente acto servicio/enf. profesional	<input type="checkbox"/>
Malformación congénita	<input type="checkbox"/>	Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/>
Otro origen (especificar)	<input type="checkbox"/>	Accidente deportivo	<input type="checkbox"/>
		Otro tipo de accidente (especificar)	<input type="checkbox"/>

.....

Diagnóstico

Discapacidad o patología que justifica la prescripción:
.....
Patologías concomitantes que influyan en la prescripción:
.....
Otra información clínica de interés:
.....

Valoración social (si procede)

Actividades que realiza (laborales, ocio, etc.):
.....
Medio en el que vive:
Otras circunstancias que puedan influir en la prescripción o renovación de los productos:
.....

Prescripción

Fecha:

Tipo de producto (código y descripción) o nombre del producto:

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

(Cuando el producto final esté constituido por varios tipos de productos todos ellos se detallarán en una prescripción única)

Sustituible por otro del mismo tipo SI NO

Clase de prescripción

Primera prescripción

Reparación

Renovación

(Justificar el motivo)

Ordinaria

Por variación

.....
.....

Revisiones que, en su caso, hayan de realizarse:

Firma del responsable de la prescripción

Seguimiento

(Productos elaborados a medida o que requieran adaptación individualizada ADAP3)

Visto bueno

Modificaciones que, en su caso, han de introducirse en el producto

.....

Firma del responsable de la prescripción