

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Servicio/Área solicitante: \_\_\_\_\_

Producto solicitado: \_\_\_\_\_

**Descripción del dispositivo médico / equipamiento:**

**Solicitud de incorporación -Por paciente** (por excepción)

**Datos del paciente** (si corresponde):

(Colocar Sticker)

Nombre y Apellido:

Nro. H. Clínica:

Peso: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Motivos de su solicitud**

**Informar:**

- Es exclusivo de alguna empresa: Si  No

Nombre de la/s empresa/s proveedora/s:

- Es insumo-dependiente de un equipo: Si  No

Nombre y modelo del equipo:

-Es única marca disponible: Si  No

-Es única marca aceptada: Si  No

-En caso única marca aceptada, aclare las razones para la exclusividad

Producto/insumo en estudio? Si  No  Fase? I  II  III  IV

Costo estimado por unidad: \$ \_\_\_\_\_

Costo total del tratamiento/paciente (si corresponde): \$ \_\_\_\_\_

Consumo mensual promedio estimado: \_\_\_\_\_ unidades/mes

---

**Firma y sello Jefe de Área/servicio solicitante**

---

**DIRECCIÓN**

**AUTORIZACIÓN:** Si  No  **Requiere Formulario SNT**  **(F. Sol. Nuevas Tecnologías)**  
**(Marcar lo que corresponde)**

Pase a Centro de Pedido: \_\_\_\_\_ para su codificación y gestión

Observaciones

---

**Firma y sello de Dirección**