



INFORME MÉDICO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS ORTOPROTÉSICOS

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE:

Apellidos: Nombre:
Número afiliación:DNIEntidad médica: Fecha nacimiento:.....

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL FACULTATIVO: (1)

Apellidos: Nombre:
Nº Colegiado: Especialidad: Correo electrónico:
Hospital/Centro:..... Servicio/Unidad:

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN:

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

DIAGNÓSTICO:

Discapacidad o patología que justifica la prescripción:

El paciente tiene incapacidad permanente para la marcha funcional: SI NO

PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO ORTOPROTÉSICO:

CÓDIGO DEL PRODUCTO (clave alfanumérica del vigente Catálogo General de Productos ortoprotésicos financiados por el SNS) (2):

Primera Prescripción: SI NO Renovación:

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
(2) BOE A-2019-856, BOE A-2019-8626, BOE -2022-1426 Y BOE A-2025-9277

Firma del especialista prescriptor

Fecha: ____ / ____ / ____