

**Gerencia de Prestaciones Económicas
Gerencia de Prestaciones de Salud
SOLICITUD DE MEDIAS DE COMPRESIÓN**

Día	Mes	Año

Datos del beneficiario	
Nombre y Apellido	
Cédula de Identidad	
Tipo de tensión	☐ Media ☐ Fuerte ☐ Muy Fuerte
Altura de la media	☐ Hasta la rodilla ☐ Hasta el muslo ☐ Panty
Talle (o su equivalente)	☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL Otro:
Indicar en caso de tensión muy alta	☐ Izquierda ☐ Derecha
Clasificación clínica de la IVC según CEAP	☐ C2 ☐ C3 ☐ C4 ☐ C5 ☐ C6
Si la causa es distinta a una IVC se deberá establecer a continuación:	
Prestador de salud	

.....
Firma del médico

.....
Nº de Caja Profesional



Importante: La sola presentación de este formulario acompañado de timbre profesional será suficiente para solicitar el beneficio. En caso de presentar receta médica, ésta deberá contener todos los datos incluidos en este formulario más el timbre profesional.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

La clasificación de la IVC deberá de indicarse según el siguiente cuadro:

CLÍNICA (C)	
C0 No hay signos visibles o palpables de enfermedad venosa.	C4 Cambios cutáneos relacionados con la patología venosa: 4a: Pigmentación, eccema 4b: Lipodermatoesclerosis, atrofia blanca.
C1 Presencia de telangiectasias o venas reticulares.	C5 Cambios cutáneos + Úlcera cicatrizada
C2 Presencia de várices tronculares.	C6 Cambios cutáneos + Úlcera activa
C3 Edema.	

Tensión media - C2 - C3 - C4
Tensión Fuerte - C4 - C5 - C6
Tensión Muy Fuerte - C5 - C6

El otorgamiento de las solicitudes se realizará según el siguiente criterio: