

SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN DISCAPACIDAD

FECHA – INGRESO: ____ / ____ / ____ N° DE AFILIADO: _____ / ____

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

EDAD DEL BENEFICIARIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

TELÉFONO: _____

ENFERMEDAD QUE ORIGINA LA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA
(HISTORIA CLÍNICA COMPLETA)

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS DE SU ENFERMEDAD CON DOSIS DIARIA:

ESQUEMA DE REHABILITACIÓN INDICADO:

ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE: _____

AUTORIZACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA: _____

FECHA DE ALTA DEL PLAN: ____ / ____ / ____

FECHA DE VENCIMIENTO DEL PLAN: ____ / ____ / ____

ESTA SOLICITUD DEBE SER ACOMPAÑADA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. CADA SEIS MESES DEBE PRESENTARSE ACTUALIZACIÓN Y EVOLUCIÓN DE HISTORIA CLÍNICA.