

OBRA SOCIAL	HISTORIA CLINICA					FECHA	Nº HISTORIA

DATOS DEL AFILIADO	Tipo		Nº Documento		Apellido y Nombre					
	Sexo		Peso	Fecha Nacimiento	Domicilio			Nº	Piso	Dpto
	F	M								
	Código Postal		Localidad			Provincia			Teléfono	
									C. Area	Número
DATOS DEL MEDICO	Matrícula		Apellido y Nombre				Especialidad			
	Domicilio			Nº	Código Postal	Localidad	Provincia	Teléfono		
								C. Area	Número	
						<p>Sr. Profesional: Le recordamos que el presente formulario debe estar completo en todas sus partes, a fin de que el afiliado pueda acceder a la cobertura que otorga la Obra Social. La vigencia del mismo será por el total de días solicitados para el tratamiento con un máximo de 180 días. Queda sujeta a evaluación de auditoría médica.</p>				
			Firma y Sello del Médico							

HISTORIA CLINICA									

