



R.N.O.S. 103600

O.S.P.A.C.P. OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES

COBERTURA PLAN MATERNO INFANTIL

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo Hombre Mujer N° de socio: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Número de CUIL/CUIT: _____

Detalle del tratamiento del paciente

N°	Nombre de la droga - Denominación genérica	Nombre comercial	Diagnóstico que justifica la medicación solicitada
----	--	------------------	--

Resumen de historia clínica

Datos del médico tratante

Apellido y nombres: _____

Matrícula: MN MP Número de matrícula: _____ Provincia: _____

Prestador de OSDE SÍ NO Número de prestador: _____

C.U.I.T.: _____ Teléfono de contacto: _____

Firma y sello del médico tratante

Firma del paciente