

• Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Fecha:/...../.....

Apellido Nombre Legajo

Nacionalidad D.N.I. N° Fecha de Nac. Edad

Domicilio Calle N° Piso Depto.

C.P. Barrio Localidad Provincia

Teléfono Email

¿Posee otra cobertura? SI NO ¿Cuál? N° afiliado

• Información de patologías crónicas

Fecha:/...../.....

1° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde/...../..... Hasta/...../.....

| Genérico | Nombre comercial | Presentación | Dosis día | Dosis mes (x cajas) |
|----------|------------------|--------------|-----------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde/...../..... Hasta/...../.....

| Genérico | Nombre comercial | Presentación | Dosis día | Dosis mes (x cajas) |
|----------|------------------|--------------|-----------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde/...../..... Hasta/...../.....

| Genérico | Nombre comercial | Presentación | Dosis día | Dosis mes (x cajas) |
|----------|------------------|--------------|-----------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE CABECERA A SER TRANSCRIPTA POR EL MEDICO AUDITOR DE D.A.S.U.Te.N. CENTRAL Y/O REGIONAL

.....
Firma y sello del médico tratante

.....
Firma y aclaración del beneficiario

.....
Firma y sello del médico auditor