

D.N.I. Nº: .....

El Sr./a .....

en su carácter de Beneficiario/a de la obra social Subsidio de Salud, solicita la inclusión al Plan/Programa ....., dada la patología que lo/a aqueja y que certifica bajo firma de su Médico tratante.-

Firma Beneficiario: .....

Aclaración: .....

D.N.I. Nº: .....

Reservado para la Obra Social

En mi carácter de Médico tratante del Sr./a .....

solicito se lo/la incluya en el Plan/Programa ..... en vigencia en la Obra Social Subsidio de Salud y cuyos alcances conozco, dada la patología que padece.-

Firma y sello del Médico tratante

En mi carácter de Jefa Administrativa de la Casa de la Salud, dejo constancia que el Sr./a .....

registra Afiliación Activa Aportante a la Obra Social Subsidio de Salud sin compromiso de períodos de carencia atento al análisis emergente de documentación que acompaña la presente y a registros en la Base de Datos Informática de Afiliación.-

Firma y sello del Jefe Administrativo  
Casa de la Salud

En mi carácter de Coordinador de la Casa de la Salud, y en atención a lo expuesto en los párrafos precedentes por el beneficiario solicitante, el Profesional Médico Tratante y el Sr. Jefe Administrativo pertinente, como así también protocolo, análisis y estudios adjuntos, AUTORIZO la inclusión en el Plan/Programa ..... al Sr./a ..... por un período de .....

Firma y sello del Coordinador  
Casa de la Salud