

FORMULARIOS SUR MÓDULO QUIRÚRGICO E INTERNACIONES





RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN

RNOS: 1-2550-9

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: F M

DNI N°:

Beneficiario N°:

Diagnóstico: _____

Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades: _____

Detalle del tratamiento indicado (completo): _____

Fundamentación médica que avale la práctica solicitada: _____

Fecha: ____/____/____

.....
Firma y sello de médico especialista

Form. D. P. 2.8.1



CONFORMIDAD DE INTERVENCIÓN Y/O MÓDULO QUIRÚRGICO

Quién suscribe _____

con CUIL _____ - _____ - _____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme al tratamiento quirúrgico y/o internación el cual se detalla a continuación: _____

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular, aclaración, DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante
(mismo médico que firma el protocolo quirúrgico)

Form. D. P. 2.8.2