

# 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