

# FORMULARIOS SUR MÓDULO TRASPLANTE DE ÓRGANOS



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN	RNOS: 1-2550-9
Nombres:	Apellidos:
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DNI N°:	Beneficiario N°:
Diagnóstico: _____ _____	
Antecedentes del paciente: _____ _____	
Resumen con el detalle del tratamiento indicado (completo). Adjuntar los protocolos quirúrgicos de los procedimientos: _____ _____ _____	
Fundamentación médica que avale la práctica solicitada: _____ _____ _____	
Tiempo de tratamiento previsto: _____ _____	
Fecha: ____/____/____	
..... Firma y sello de médico especialista	



## CONFORMIDAD POR EL TRASPLANTE

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 el cual se detalla a continuación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

.....  
Firma del titular y/o tutor, aclaración, DNI N°

.....  
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.7.2