ipross

Formulario
Inclusión en Ley N°5059 /Art. 7
(Licencia agente)

DATOS AFILIADO/A

Nombre y Apellido: .....
Lugar de trabajo: .....
D.N.I.: ..... Fecha de Nacimiento: ...../ ...../..... Edad: .....
Localidad: .....
Teléfono: .....
Correo Electrónico.....

DATOS MÉDICOS

Fecha de diagnóstico y/o inicio de tratamiento: ...../...../.....
Motivo de consulta: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Evolución: .....
.....
.....
.....
.....
.....
Estado actual: .....
.....
.....
.....
.....
.....

ipross

Formulario
Inclusión en Ley N°5059 /Art. 7
(Licencia agente)

DATOS MÉDICOS

Estudios complementarios (Datos positivos. Adjuntar fotocopias e informes): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tratamiento (Informar protocolo y periodicidad de evaluaciones): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....

Pronóstico: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ipross

Formulario
Inclusión en Ley N°5059 /Art. 7
(Licencia agente)

DATOS MÉDICOS

Observaciones: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO
Profesional

Adjunto nota personal con fecha de inicio de solicitud, DNI, recibo de sueldo y estudios médicos actualizados.

.....
FIRMA
Solicitante