

# Solicitud de Ingreso Plan Enfermedades Crónicas

Nombre y Apellido:.....

Edad:..... N°:.....

Domicilio:..... Tel:.....

Localidad:.....

## RESUMEN DE HC:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## RESULTADOS DE LABORATORIO:

.....  
.....  
.....  
.....

## TRATAMIENTO:

.....  
.....  
.....  
.....

## DOSIFICACIÓN:

Dosis Diaria .....

.....

Cantidad Mensual .....

.....

## DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE:

.....

Firma y Sello del Prestador

.....

Fecha

## OBSERVACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA:

.....

Firma y Sello del Prestador

.....

Fecha

