



**Caja de Servicios Sociales**  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

# Solicitud de Ingreso

## Plan enfermedades Crónicas

Nombre y Apellido:.....

Edad:..... N°:.....

Domicilio:..... TEL:.....

Localidad:.....

### RESUMEN DE H C:

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

### 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

