



Caja Forense

PRIMERA CIRCUNSCRIPCIÓN SANTA FE

Documento de información y consentimiento

DATOS DEL TITULAR:

Apellido y Nombre:

Nº de Afiliado:

Domicilio:

Localidad:

Fecha:

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre:

D.N.I.:

PROFESIONAL SOLICITANTE:

Declaro conocer las condiciones reglamentarias necesarias para poder recibir el beneficio solicitado, a saber:

PLACA MIORELAJANTE:

- *Deberá presentar la ficha catastral con la correspondiente codificación; y*
- *La Historia Clínica con el respectivo diagnóstico (por única vez).*

Firma del afiliado TITULAR

Firma del AUDITOR