



**OBRA SOCIAL DEL SINDICATO DE MECANICOS Y AFINES  
DEL TRASNPORTE AUTOMOTOR**

Av. Belgrano 665

R.N.O.S. N° 1-1190  
(1092) - Capital Federal

TE: 4340-7400

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

DNI / CUIL del Paciente: \_\_\_\_\_

-----  
(Nombre y Apellido)

-----  
(Edad)

-----  
(Sexo)

Antecedentes de enfermedad actual y estado actual:

-----  
-----  
-----

DIAGNOSTICO:

-----  
-----

1- Tratamiento y/o Intervención Propuesta (\*):

-----  
-----  
-----  
-----

2- Fundamentos del Pedido (\*):

-----  
-----  
-----  
-----

CENTROS QUE REALIZAN LA INTERVENCION:

1- Entidades Públicas: \_\_\_\_\_

2- Entidades Privadas(\*\*): \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE (\*\*):

-----  
(Matrícula)

-----  
(Firma)

-----  
(Aclaración de firma)

INFORME MEDICO JURISDICCION DE ORIGEN (Dirección Médica – Medico Auditor de Seccional)

-----  
-----

-----  
(Sello)

-----  
(Fecha)

-----  
(Firma Autorizada)

- (\*) Debe respetar lo lineamientos establecidos por la Resolución 1048/2014 SSSalud y/o sus modificatorias.
- (\*\*) Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Mencionar N° de Inscripción a dicho Registro.

