



**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.

