



## AFILIACION HIJO

## FOR-AOS-003

### RECIEN NACIDO / MENOR DE 1 AÑO

#### 1- DENOMINACIÓN DE GRUPO - DATOS PERSONALES DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES TITULAR

NRO DE AFILIADO

COD PAIS

COD AREA

NRO TELEFONO

NUMERO CELULAR +54

0

15

CORREO ELECTRONICO

#### CONFORMIDAD DE NOTIFICACIONES POR MAIL

PRESTO MI CONFORMIDAD PARA QUE SE ME NOTIFIQUE LA RESOLUCION QUE SE DICTE AL CORREO ELECTRONICO ESPECIFICADO EN EL PRESENTE FORMULARIO.

INDIQUE SI TIENE OTRA OBRA SOCIAL: SI  NO

NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL

#### 2 - DATOS DEL RECIEN NACIDO

EN MI CARACTER DE AFILIADO SOLICITO LA INCORPORACIÓN EN MI PLAN ACTUAL DE O.S.P.A.C A MI HIJO/A RECIEN NACIDO/A:

APELLIDO Y NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO	DOCUMENTO		TIENE OTRA OBRA SOCIAL? INDIQUE SU NOMBRE
			TIPO	NRO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NACIDO:	PARTO <input type="radio"/> CESÁREA <input type="radio"/>				
EDAD GESTACIONAL:	<input type="text"/>	APGAR:	<input type="text"/>		
PRM:	<input type="text"/>	SCREENING NEONATAL:	<input type="text"/>		
EXÁMEN CLÍNICO:	<input type="text"/>				

#### 3- DATOS DEL MÉDICO INFORMANTE

APELLIDO Y NOMBRE:	<input type="text"/>	DOCUMENTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESPECIALIDAD:	<input type="text"/>	MATRICULA:	<input type="text"/>	
MAIL:	<input type="text"/>	TELÉFONO:	0	15

#### ACLARACION

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁ SER FIRMADO EN TODOS LOS CASOS POR EL SOLICITANTE Y EL MÉDICO, Y ESTAMPILADO. LUEGO PODRÁ SER PRESENTADO EN FORMATO DIGITAL (FOTO/ESCAÑO) O EN FORMATO PAPEL EN LAS OFICINAS DE LA CAJA.

 /  / 

FECHA

SELLO Y FIRMA DEL MEDICO

ACLARACIÓN Y FIRMA AFILIADO