



AFILIACIÓN 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 PAÍS

COD ÁREA

NRO TELÉFONO

NUMERO CELULAR +54

0

15

DOMICILIO ELECTRÓNICO

SOLICITO QUE SE ME CURSEN TODAS LAS NOTIFICACIONES AL DOMICILIO ELECTRÓNICO CONSTITUÍDO, LAS CUALES TENDRÁN PLENA VALIDEZ LEGAL.

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"/>
		TIPO	NRO
ESPECIALIDAD:	<input type="text"/>	MATRICULA:	<input type="text"/>
MAIL:	<input type="text"/>	TELÉFONO:	0 <input type="text"/> 15 <input type="text"/>

ACLARACIÓN

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