





FECHA DE INGRESO AL SISTEMA DE COBERTURA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO A LA COBERTURA DE TRANSPLANTE: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ULTIMO DIA QUE CONCURRIO AL TRABAJO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FECHA DE ENVIO DE LA DOCUMENTACION FALTANTE: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE LA PATOLOGIA QUE MOTIVA EL TRANSPLANTE: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FECHA DE INDICACION DEL TRANSPLANTE: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FECHA DE INSCRIPCION EN EL I.N.C.U.C.A.I.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado o Responsable

Aclaración Firma: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de documento: \_\_\_\_\_

**Este formulario tiene el carácter de DECLARACION JURADA.**

**OBSERVACIONES: Pre transplante por el organismo Médico respectivo, la cobertura de su patología se hará a través de la Social y de acuerdo al plan al que pertenezca (artículo n°13 del reglamento).**



**PARA EL MEDICO TRATANTE**

**Este formulario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste al afiliado en su dolencia / enfermedad (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas).**

Datos del afiliado a Transplantar:

Apellido y nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha inicio de la patología que motiva el transplante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de indicación del transplante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de inscripción en el INCUCAI: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causas que contraindiquen el transplante:

---

---

---

---

---

---

Detallar, la última enfermedad que padece el paciente:

---

---

---

---

---

---

Otras enfermedades concomitantes:

---

---

---

---

---

---

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico

**El presente formulario tiene carácter legal de un certificado médico y su falsedad está penada por los artículos n°295 y n°296 del Código Penal Argentino.**