

Formulario

Inclusión en Ley N°5059.

Fecha:/...../.....

DATOS FILIATORIOS

Agente:

Organismo:

DNI: Fecha de Nacimiento:

Localidad:

Teléfono:

DATOS MÉDICOS

Fecha de diagnóstico y/o inicio de tratamiento:/...../.....

Motivo de consulta:

.....

.....

.....

Evolución:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Estado actual:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Formulario

Inclusión en Ley N°5059.

Estudios complementarios (Datos positivos, Adjuntar fotocopias e informes):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tratamiento (informar protocolo y periodicidad de evaluaciones):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico:

.....

.....

Pronóstico:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Formulario

Inclusión en Ley N°5059.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En caso de ser incluido dentro de la Ley N°5059 por atención familiar, deberá acompañar el presente formulario con documentación que acredite el vínculo familiar.

.....

FIRMA Y SELLO
Profesional