

## • Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Apellido  Nombre

Nacionalidad  D.N.I. N°  Fecha de Nacimiento

Domicilio Calle  N°  Piso  Depto.

C.P.  Barrio  Localidad  Provincia

Teléfono  Email

¿Posee otra cobertura?  SI  NO ¿Cuál? ..... N° afiliado .....

## • Información de patologías crónicas

### 1° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde ...../...../..... Hasta ...../...../.....

Genérico	Nombre comercial	Presentación	Dosis día	Dosis mes (x cajas)

### 2° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde ...../...../..... Hasta ...../...../.....

Genérico	Nombre comercial	Presentación	Dosis día	Dosis mes (x cajas)

### 3° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde ...../...../..... Hasta ...../...../.....

Genérico	Nombre comercial	Presentación	Dosis día	Dosis mes (x cajas)

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE CABECERA A SER TRANSCRIPTA POR EL MEDICO AUDITOR DE D.A.S.U.Te.N. CENTRAL Y/O REGIONAL

.....  
Firma y sello del médico tratante

.....  
Firma y aclaración del beneficiario

.....  
Firma y sello del médico auditor