

O.S.C.T.C.P.
OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE
TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS
R.N.O.S. 1-2160
Moreno 3037 (1209) C.A.B.A.
☎ 4011-5100

X- FORMULARIO

SOLICITUD PARA BENEFICIARIOS



Buenos Aires,.....del mes de de 20.....

SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

N° HC/ DNI N°.....

Nombre/S:.....

Apellido/S:

Email:.....
(Escribir en letra Legible)

Teléfono de contacto o celular:

Domicilio:.....

Motivo:.....

Carácter- paciente/familiar/persona autorizada:.....
(tachar lo que no corresponda)

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido (completo):

DNI N°:.....

Cuil o Cuit N°:..... Parentesco del titular:.....

Domicilio..... Telefono:.....

DATOS DEL EFECTOR DE LA RED PRESTACIONAL

Indique el centro de atención Ambulatoria

Asistido Policonsultorio /Cual:..... Fecha.....

Asistido en Centro de la Red /Cual:..... Fecha.....

Indique el centro de atención en Internación

Asistido Centro de la Red: Fecha.....

.....
Firma del Solicitante

.....
Aclaración de la firma

.....
DNI N° del firmante