## **FME-ESPECIALES 2021**

**FECHA**:

0	
	V

## **CENTRO MEDICO PUEYRREDON**

Ν°

BENEFICIARIO Plan

	"Planes cerrados con indicación de médico de cartilla únicamente"													
Apellido - Nombre			INGRESC	CMP	Documento de Identidad			EPIDEMIOLO				OGIA		
			FECHA		luci	itidad	Edad	Sexo	Peso	Talla	Obes SI	<b>idad</b>		
Domicilio			Teléfo	no	Loc	alidad					NO NO	0		
ADJUNTAR							<u>Tabaqui</u>	smo: Ai	ntigüedad.:		SI O	NO 0		
<ul><li>1 Estudios a su nombre que confirmen el diagnostico</li><li>2 Resumen H Clínica del tratamiento</li></ul>					Sedentarismo: SI O NO									
3 Certificados Vigentes.								Antec. Familiares Cardiológicos: SI O NO O						
			Solo	para Diagnost				Antec. Familiares Diabéticos: SI O NO O						
O DIABETES 1			OTROS DIAGNOSTICOS ESPECIALES DETALLAR:				Antec. F	amiliares (	Oncológicos:		SI O	NO		
_					DE IACCAN.									
0	DIABETES 2													
$\circ$	CIE10 - B24													
	Lo ilegible	incomi	nleto	COMPL o incorrecto, NO			IMPRENT		os tien	on cará	cter obli	aatorio		
Lo llegible, ilicompleto			o incorrecto, No		Dosis Cantidad		Fecha del				Ultimo estudio			
DROGA				Concentración	Forma	diaria	mensual	Diagnostico				realizado		
Como afiliado entiendo plenamente, que toda la medicación es la estrictamente necesaria, para mi uso exclusivo, que es exacta en todo y fiel reflejo de la realidad de mi tratamiento. Así también entiendo que toda desviación, falseamiento y/o mal uso de la presente declaración Jurada. Será pasible de todas las acciones pertinentes administrativas y legales por parte de Centro Medico Pueyrredon.														
Firma en consentimiento del afiliado Aclaración Aclaración											Firma y sello del profesional			
DA	TOS DEL MEDIC	ю:												
Domicilio profesional:							e-mail							
Esta información es para uso estrictamente CONFIDENCIAL de la Auditoría Médica del Centro Médico Pueyrredón, y conforma una <b>DECLARACION JURADA</b> del profesional actuante y del afiliado que solicita el beneficio. Toda modificación de tratamiento debe presentarse por este medio. la última presentación anula las anteriores por lo que se ruega sea completa. La no presentación de renovación, semestral, anula el beneficio.  Auditoria Médica de CMP puede pedir ampliación de la presente.														
SUC. QUE RECIBE			AUDITADO	AUDITADO							VENCE			