



BENEFICIARIO	PLAN
N° _____	_____

## FME - ESPECIALES 2021

**Renovable cada 6 meses** (la falta de renovación extingue el beneficio)  
"Planes cerrados con indicación de médico de cartilla unicamente"

Apellido - Nombre \_\_\_\_\_  
Ingreso CMP (fecha) \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

EPIDEMIOLOGÍA				
EDAD	SEXO	PESO	TALLA	OBESIDAD SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Tabaquismo: Antigüedad _____			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Sedentarismo			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Antec. Familiares cardiológicos			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Antec. Familiares diabéticos			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Antec. Familiares oncológicos			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

- ADJUNTAR**
- 1 - Estudios a su nombre que confirmen el diagnóstico.
  - 2 - Resumen H clínica del tratamiento.
  - 3 - Certificados vigentes.

### Solo para diagnóstico

- DIABETES**                      **Otros diagnósticos especiales**  
 **DIABETES 2**                      **Detallar:** \_\_\_\_\_  
 **CIE10 - B24**                      \_\_\_\_\_

### COMPLETAR SOLO IMPRENTA

Lo ilegible, incompleto o incorrecto, **NO SERÁ PROCESADO**. Todos los datos tienen carácter obligatorio.

Droga	Concentración	Dosis diaria	Forma	Cantidad mensual	Fecha del diagnóstico	Último estudio 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 Médico Pueyrredón.

Firma del consentimiento del afiliado \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

Firma y sello  
sel profesional

#### **DATOS DEL MÉDICO**

Domicilio profesional: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Esta información es para el uso estrictamente CONFIDENCIAL de la auditoría médica de Centro Médico Pueyrredón, y conforma una **DECLARACIÓN JURADA** 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. Auditoría Médica de CMP puede pedir ampliación de la presente.

SUC. QUE RECIBE	AUDITADO	PROCESADO	VENCE