



OSDAAP
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN DE LA
ACTIVIDAD AEROCOMERCIAL PRIVADA

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Lugar:

Fecha: / / (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellido:

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC ☐ DNI ☐ LE ☐ PAS ☐ N°

Edad: Fecha de Nacimiento: Sexo:

Teléfono de Contacto: Email:

1. DIAGNÓSTICO (Según certificado único de discapacidad)

.....
.....

2. ANAMNESIS (Antecedentes médicos clínicos que justifican la prestación)

.....
.....
.....
.....

3. PLAN TERAPÉUTICO INDICADO Y JUSTIFICACIÓN DEL MISMO (Módulos y detalles de las prestaciones solicitadas)

.....
.....
.....
.....

4. DEPENDENCIA (Tachar lo que no corresponda)

☐ SI

☐ NO

.....
Firma y sello del Médico tratante

* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.