



FORMULARIO- MÓDULO QUIRURGICO E INTERNACIONES.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: O.S.P.I.V.

RNAS: 1-2250-0

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: ☐ F ☐ M

DNI N°:

Beneficiario N°:

Diagnóstico: _____

Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades: _____

Detalle del tratamiento indicado (completo): _____

Fundamentación médica que avale la práctica solicitada: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma y sello de médico especialista

Form. D. P. 2.8.1



CONFORMIDAD DE INTERVENCIÓN Y/O MÓDULO QUIRÚRGICO

Quién suscribe _____

con CUIL ----- beneficiario de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES. (O.S.P.I.V.), con

domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme
al tratamiento quirúrgico y/o internación el cual se detalla a continuación: _____

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular, aclaración, DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante
(mismo médico que firma el protocolo quirúrgico)