



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

## PLAN DE DIABETES

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

El que suscribe .....

DNI N° ....., agente de la Facultad/Instituto .....

se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, con el objeto de solicitar se lo incluya dentro del Plan de Cobertura asistencial para diabéticos, establecido por Disposición N° 713/11, cuyos términos y alcance declaro conocer, a.....(afiliado titular/adherente), para lo cual acompaño:

a) Historia clínica donde se fundamente la necesidad del tratamiento médico-farmacéutico para diabético y análisis de laboratorio (glucemia) que confirme el diagnóstico.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

**Domicilio:**.....

**CUIT/CUIL N°:** ..... **Email**.....

**Teléfono/Celular:** .....

**OBSERVACIONES:**.....

.....  
.....

**Firma del afiliado titular**



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

**Dirección de Servicios Sociales:**

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....

Corrientes...../...../.....

Firma del Responsable

**Informe Auditoria Médica:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma Asesor Médico

**Secretaria de Prestaciones de Salud**.....de.....de.....

Se autoriza la inclusión de.....DNI N°.....  
en el plan para diabéticos, conforme a lo establecido en la Disposición 713/11.

Secretaria de Prestaciones de Salud.

**DEPTO. REGISTRO Y AFILIACIONES.** En el día de la fecha se procede a incorporar al interesado al Plan de Diabéticos y a notificar al interesado. Fecha: ...../...../.....

Firma del Responsable

Se remite a **MESA** para su archivo.

Corrientes:...../...../.....

Firma del Responsable