



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

PLAN DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO

.....de.....de.....

Señora

Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. María Mercedes González

S-----/-----D:

El /la que suscribe.....

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

Antigüedad.....se dirige a Ud. y por su intermedio ante quién corresponda con el objeto de solicitar se le incluya en el **PLAN DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO** establecido por Disposición n° 823/12 que declaro conocer, a(afiliado titular/adherente)para lo cual acompaño:

- a) Historia clínica donde se fundamenta la necesidad del tratamiento; plan y duración del mismo.
- b) Fotocopia de anatomía patológica y otros estudios realizados (TAC, marcadores, etc)

Sin otro particular saludo muy atte.-

DOMICILIO:.....

CUIL / CUIT N°.....Tel.....

Correo electrónico:.....

OBSERVACIONES:

Firma del Afiliado Titular

Dirección de Servicios Sociales:

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

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

Firma Responsable

Asesoría Médica Informa :.....de.....de.....

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

Asesor Médico

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

Se autoriza la inclusión de.....DNI N°.....
en el plan de tratamiento oncológico conforme a lo establecido en la Disposición 823/12.

Secretaria de Prestaciones de Salud

Dpto. Registros y Afiliaciones.....de.....de.....

En la fecha se procede a dar el alta a.....DNI N°.....
en el padrón de tratamiento oncológico.

M.E.S.A.....de.....de.....

Se procede al archivo al archivo del presente expte.

M.E.S.A