

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

30 años

De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

PLAN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

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 Afiliado Titular

Dirección de Servicios Sociales:

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

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

30 años

De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

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

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”



*Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales*

1994 - 2024

30 años

*De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina*

INGRESO AL SERVICIO ONCOLÓGICO

APELLIDO Y NOMBRE

SEXO

EDAD

PESO

TALLA

SUPERFICIE CORPORAL

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS/CON MARCADORES Y RECEPTORES
HORMONALES (SI FUERA EL CASO)**

ANATOMÍA PATOLÓGICA/INMUNOMARCACIÓN

ESTADIO

PLAN DE TRATAMIENTO

ESQUEMA TERAPÉUTICO

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”



*Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales*

1994 - 2024

30 años

*De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina*

**SE INFORMA QUE TODA SOLICITUD, DE PRÁCTICAS, TRATAMIENTOS,
DEBEN IR ACOMPAÑADAS DE INFORME CLÍNICO QUE JUSTIFIQUE:**

- 1. CUANDO LAS MISMAS SON DE CONTROL: ESPECIFICAR EN LA SOLICITUD.**
- 2. POR CAMBIO EN EL ESQUEMA TERAPÉUTICO, ASÍ COMO POR CAMBIOS EN EL CUADRO EVOLUTIVO DE LA PATOLOGÍA.**