

## PLAN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

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

Sr. Delegado Rectoral del ISSUNNE

Méd. Raúl Andrés Duarte 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.....

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**

## **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**

**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.**