



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA

AFILIACIONES

FORMULARIO PARA INCORPORAR ASCENDIENTES O DESENDIENTES
POR CONSANGUINIDAD DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: _____ -

APELLIDO Y NOMBRE DEL DESENDIENTE/ASCENDENTE:
_____ -

OBRA SOCIAL DEL DESENDIENTE/ASCENDENTE: _____ -

VINCULO/PARENTEZCO CON EL AFILIADO TITULAR: _____ -

EDAD: _____ - FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ DNI N.º: _____ -

GUARDA O TENENCIA OTORGADA POR JUEZ COMPETENTE Y TOMA DE POSESIÓN DEL
CARGO: SI: _____ NO: _____ -

CONSTANCIA NEGATIVA DE ANSES: SI _____ NO _____

SE ENCUENTREN INCAPACITADO FÍSICA O MENTALMENTE PARA TRABAJAR, CON
DEPENDENCIA ECONÓMICA Y A CARGO EXCLUSIVO DEL TITULAR: SI NO.....

A CARGO ECONOMICAMENTE Y FISICAMENTE DEL AFILIADO TITULAR: SI _____ NO _____ -

PRESENTA CERTIFICADO POLICIAL DE RESIDENCIA Y CONVIVENCIA QUE ACREDITE
CONVIVENCIA EN EL DOMICILIO DEL AFILIADO TITULAR: SI _____ NO _____ -

- CONOZCO Y ACEPTO LA POTESTAD DE IPS DE REALIZAR UNA INFORMACION SUMARIA ADMINISTRATIVA A FIN QUE EL INSTITUTO DECIDA SOBRE SU ADMISION, LA CONTINUIDAD COMO BENEFICIARIO Y LA VERACIDAD DE LA INFORMACION AQUÍ PLASMADA.
- SE INFORMO MI OBLIGACION DE PRESENTAR CADA 1 AÑO LA PRESENTE DECLARACION JUNTO CON LA DOCUMENTACION RESPALDATORIA.

FIRMA DEL TITULAR:

ACLARACION:

DNI N.º

IMPORTANTE: EN CASO DE CESAR LA GUARDA O TENENCIA, LA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL PARA TRABAJA O LA DEPENDENCIA ECONÓMICA A CARGO EXCLUSIVO DEL TITULAR, ES OBLIGACIÓN DEL AFILIADO TITULAR DAR AVISO A LA OS PARA SU BAJA COMO BENEFICIARIO, LA PERMANENCIA DEL ASCENDIENTE O DESCENDIENTE IMPLICA UN USO INDEBIDO DEL SISTEMA DE SALUD, SUSCEPTIBLE DE SANCIÓN Y COBRO DE LO INDEBIDAMENTE UTILIZADO POR EL NO AFILIADO.