



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA

AFILIACIONES

FORMULARIO PARA INCORPORAR MENORES DE EDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: _____ -

APELLIDO Y NOMBRE DEL MENOR: _____ -

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

GUARDA O TENENCIA OTORGADA POR JUEZ COMPETENTE Y TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO: 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 EL CERTIFICADO POLICIAL DE RESIDENCIA Y CONVIVENCIA.

FIRMA DEL TITULAR:

ACLARACION:

DNI N.º

IMPORTANTE: CON LA MAYORÍA DE EDAD O EL CESE DE LA GUARDA CESA SU CARÁCTER DE CONVIVIENTE Y ES OBLIGACIÓN DEL AFILIADO TITULAR DAR AVISO A LA OS, SU PERMANENCIA IMPLICA UN USO INDEBIDO DEL SISTEMA DE SALUD, SUSCEPTIBLE DE SANCIÓN Y COBRO DE LO INDEBIDAMENTE UTILIZADO POR EL NO AFILIADO.