ANEXO II

PLANILLA DE AUTORIZACION PARA PRACTICAS DE CUIDADOR DOMICILIARIO

(completada por médico tratante)

Correspondiente al período: desde _____/_____/_____ hasta _____/_____/_____

En caso de prórroga indicar fecha de inicio de prestación: _____/_____/_____

DATOS DEL AFILIADO	
Apellido y Nombre:	Edad:
Afiliado Nº:	Teléfono:
Domicilio de la Prestación:	

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE	
Apellido y Nombre:	Especialidad:
Matricula Nº:	Teléfono:
Diagnóstico:	

HISTORIA CLINICA (Patología primaria, asociadas y complicaciones)

Otras Observaciones