



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA



FORMULARIO PARA SOLICITUD DEL PLAN MATERNOA

POR FAVOR LETRA LEGIBLE

APELLIDO Y NOMBRE												
DIRECCIÓN												
LOCALIDAD												
TELÉFONO FIJO					MOVIL							
FECHA DE NACIMIENTO					EDAD							
DNI												
ETNIA (TACHE LO QUE CORRESPONDA)	BLANCA		MESTIZA		OTRA							
	NEGRA		INDIGENA									
ALFABETA			SI		NO							
ESTUDIOS	NINGUNO		PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSITARIO		AÑOS EN EL MAYOR NIVEL:			
ESTADO CIVIL	CASADA		UNIÓN ESTABLE		SOLTERA		OTRO					
DNI TITULAR												
FUM												
FPP												
SEMANA DE GESTACION												
SELLO, FECHA Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE												



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA



COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO - Formulario MNS III

----En fecha/...../..... suscribe el presente el Sr. o Sra.
en su carácter de afiliado o beneficiario de la Obra Social, a los fines de asumir **"El Compromiso de cumplimiento"** del Programa Materno Infantil establecido por el IPS. denominado **"MATER-NOA SALTA"**, en los términos que se detallan a continuación:

- 1) Que el mismo tiene por objetivo el establecimiento de mediadas destinadas a la educación, prevención y cuidado de la madre durante el embarazo y el parto y al niño hasta los 6 años de edad, con el fin de mejorar la calidad de la atención brindada a los mismos.
- 2) Que el beneficio previsto en el presente Programa, conlleva la obligación del beneficiario de cumplir con el mismo en todas sus partes.
- 3) Que el Sr. o Sra. acepta y reconoce la facultad de la Obra Social de dar por decaído los beneficios y ventajas que establece el Programa "MATER-NOA SALTA", ante el incumplimiento del beneficiario a cualquiera de sus etapas.
- 4) Que la facultad mencionada en el artículo anterior no implica sanción alguna a los afiliados o beneficiarios, ni la pérdida de los derechos que la asisten en su calidad de tales ante la Obra Social, sino solamente la pérdida de los beneficios y ventajas establecidos por el Programa "MATER-NOA SALTA".-

Firma del afiliado:

Aclaración: DNI: