



Obra Social del Personal de la  
Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco

## PLAN CARDIOVASCULAR COBERTURA 70 % \* PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN, DISLIPEMIA

(Datos del Beneficiario)

APELLIDO Y NOMBRE:.....

NUMERO AFILIADO:.....

EDAD:.....

(A completar por el Profesional)

DIAGNÓSTICO/S:.....

Monodrogas	Dosis en mg/día	Aut. Auditoría	Sugerencia Comercial

Período por el cual puede recibir los medicamentos sin nuevo control:..... meses. (Máx. 6 Meses)

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y sello del médico tratante

(Reservado Auditoría Médica DASU)

Se autoriza el ingreso al Plan Cardiovascular de acuerdo a lo indicado arriba.

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y sello del Auditor Autorizante

El presente formulario deberá ser confeccionado nuevamente en caso de haber modificaciones en el tratamiento, tanto en la dosis como en las drogas.

\* 70% del precio de referencia.

\*\* Para ser completado por Auditoría Médica DASU