ipross

Formulario
Inclusión en Ley N°5059 /Art. 8
(Licencia agente familiar a cargo)

DATOS AGENTE

Datos filiatorios:
Agente: .....
Lugar de trabajo: .....
D.N.I.: ..... Fecha de Nacimiento: ...../ ...../..... Edad: .....
Localidad: .....
Teléfono: ..... Correo Electrónico.....

DATOS PACIENTE

Nombre y Apellido: .....
Parentezco: .....
D.N.I.: ..... Fecha de Nacimiento: ...../ ...../..... Edad: .....
Localidad: .....
Teléfono: ..... Correo Electrónico.....

DATOS MÉDICOS

Fecha de diagnóstico y/o inicio de tratamiento: ...../...../.....
Motivo de consulta: .....
.....
.....
.....
.....
.....
Evolución: .....
.....
.....
.....
.....
Estado actual: .....
.....
.....
.....
.....

ipross

Formulario
Inclusión en Ley N°5059 /Art. 8
(Licencia agente familiar a cargo)

DATOS MÉDICOS

Estudios complementarios (Datos positivos. Adjuntar fotocopias e informes): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tratamiento (informar protocolo y periodicidad de evaluaciones): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....

Pronóstico: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ipross

Formulario
Inclusión en Ley N°5059 /Art. 8
(Licencia agente familiar a cargo)

DATOS MÉDICOS

Observaciones: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO
Profesional

PARA COMPLETAR POR FAMILIAR

Declaro bajo juramento ser la única persona que puede cuidar y acompañar a .....
.....
Adjunto nota personal con fecha de inicio de solicitud, DNI de ambos, recibo de sueldo, acreditación del vínculo y estudios médicos actualizados.

.....
FIRMA
Solicitante