



SOLICITUD DE AFILIACIÓN A O.S.P.A.C. RECIÉN NACIDO

Apellido y nombre del padre:

Afiliado N°: DNI N°:

Afiliación a otra Obra Social:

N° afiliado a otra Obra Social:..... **(Acompañar copia de la credencial de afiliación)**

Apellido y nombre de la madre:

Afiliado N°: DNI N°:

Afiliación a otra Obra Social:

N° afiliado a otra Obra Social:..... **(Acompañar copia de la credencial de afiliación)**

Apellido y nombre del RN:

Sexo: M F **(Tachar lo que no corresponda)**

Fecha de Nacimiento: / / DNI N°:

Domicilio: Localidad:

Afiliación a otra Obra Social:

N° afiliado a otra Obra Social:..... **(Acompañar copia de la credencial de afiliación)**

Antecedentes Personales

Nacido: Parto **Cesárea** **(Tachar lo que no corresponda)**

Edad Gestacional: APGAR: PRN:

Vacuna: BCG Hepatitis B:

Screening Neonatal:

Examen Clínico:

Médico Informante:

Apellido y nombre: DNI N°:

Especialidad: Matrícula Profesional N°:

Afiliado N°: DNI N°:

Domicilio: Localidad:

Teléfono: E-mail:

Fecha:

Firma y Sello: