



FECHA DE INGRESO AL SISTEMA DE COBERTURA: _____/_____/_____

FECHA DE INGRESO A LA COBERTURA DE TRANSPLANTE: _____/_____/_____

ULTIMO DIA QUE CONCURRIO AL TRABAJO: _____/_____/_____

FECHA DE ENVIO DE LA DOCUMENTACION FALTANTE: _____/_____/_____

FECHA DE INICIO DE LA PATOLOGIA QUE MOTIVA EL TRANSPLANTE: _____/_____/_____

FECHA DE INDICACION DEL TRANSPLANTE: _____/_____/_____

FECHA DE INSCRIPCION EN EL I.N.C.U.C.A.I.: _____/_____/_____

Lugar y Fecha: _____, _____/_____/_____

Firma del afiliado o Responsable

Aclaración Firma: _____

Tipo y N° de documento: _____

Este formulario tiene el carácter de DECLARACION JURADA.

OBSERVACIONES: Pre transplante por el organismo Médico respectivo, la cobertura de su patología se hará a través de la Social y de acuerdo al plan al que pertenezca (artículo n°13 del reglamento).



PARA EL MEDICO TRATANTE

Este formulario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste al afiliado en su dolencia / enfermedad (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas).

Datos del afiliado a Transplantar:

Apellido y nombre del paciente: _____

Fecha inicio de la patología que motiva el transplante: ____/____/____

Fecha de indicación del transplante: ____/____/____

Fecha de inscripción en el INCUCAI: ____/____/____

Causas que contraindiquen el transplante:

Detallar, la última enfermedad que padece el paciente:

Otras enfermedades concomitantes:

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Firma y sello del Médico

El presente formulario tiene carácter legal de un certificado médico y su falsedad está penada por los artículos n°295 y n°296 del Código Penal Argentino.