

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

Apellido y nombre del padre:

Afiliado N°: D.N.I. 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°: D.N.I. 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

Fecha de nac.: / / D.N.I. 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

Edad gestacional: APGAR: PRN:

Vacuna BCG: Hepatitis B:

Screening Neonatal:

Examen Clínico:

Médico Informante:

Apellido y nombre: D.N.I. N°:

Especialidad: Matrícula profesional N°:

Afiliado N°: D.N.I. N°:

Domicilio: Localidad:

Teléfono: E-mail:

Fecha: / /

Firma y sello _____