SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:_____

EDAD DEL BENEFICIARIO:_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

TELÉFONO: _____

ENFERMEDAD QUE ORIGINA LA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA (HISTORIA CLÍNICA COMPLETA)

_____

_____

_____

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS DE SU ENFERMEDAD CON DOSIS DIARIA:

ESQUEMA DE REHABILITACIÓN INDICADO:

_____

_____

_____

ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIONES

_____

_____

_____

Firma y sello del medico tratante:_____

Autorización de auditoria médica:_____

Fecha de alta del plan: ___ / ___ / _____ Fecha de vencimiento del plan: ___ / ___ / _____

Esta solicitud debe ser acompañada del certificado de discapacidad. Cada seis meses debe presentarse actualización y evolución de historia clínica.