

• Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre

Sexo D.N.I. Nº Fecha de Nacimiento

Edad Peso Kg. Altura cm. Superficie corporal m²

DIAGNÓSTICO Y GRADO DE LA ENFERMEDAD

.....

.....

.....

.....

• Detalles del tratamiento

Fecha de Diagnóstico	Frecuencia de reevaluación del tratamiento
...../...../.....	

MEDICACIÓN HABITUAL

Genérico	Presentación	Dosis	Frecuencia

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y sello del médico tratante

.....
Teléfono del consultorio y celular

IMPORTANTE: PRESENTAR EL MISMO, ADJUNTO A ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA SU EVALUACIÓN

• Observaciones Auditoría Médica DASUTeN:

.....

.....

.....

¿Se autoriza subsidio? SI NO

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y sello del médico Auditor