



FONDO COMPLEMENTARIO PARA COBERTURA
DE PATOLOGÍAS DE ALTA COMPLEJIDAD

M.P. N°:

Dr./a: _____

Tipo y Número de Documento: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Posee cobertura de salud a través de Obra Social y/o mutual y/o Pre-pago? SI NO

En caso afirmativo, cuál o cuáles?: _____

PATOLOGÍAS PRE-EXISTENTES

Tipo de patología/s y tiempo de evolución: _____

Resolución: CLÍNICA SI NO QUIRÚRGICA SI NO

Estado actual: CONTINUA EN TRATAMIENTO? SI NO PATOLOGÍA RESUELTA SI NO

- Manifiesto que los datos precedentes son fidedignos, revisiendo la presente carácter de DECLARACIÓN JURADA, aceptando además los términos de la Reglamentación vigente del FOCOM CÍRCULO MÉDICO, cuya copia recibo en este acto.-

Fecha: _____

Firma: _____