



SOLICITUD DE ATENCION

PRESTADOR I.A.S.E.P.

Señores:

Solicitamos la provisión de asistencia médica y farmacéutica, autorización de prácticas médicas, prótesis y ortopedia y/o rehabilitación con cargo del 100% al Instituto Provincial de Seguros de Formosa, para el Sr./a:
DNI./LC./LE./CI.N°.....CUILN°.....Domicilio:.....Tel.....
Localidad:.....Prov.:.....CP.N°.....Lugar donde presta servicios:.....
Domicilio.....Tel.....Localidad:.....
Prov.:.....CP.N°.....Dependiente de:.....

El que * Ha sufrido una contingencia (circled) (*)
* Manifiesta una afección de probable origen profesional (circled) (*) (*) Marcar lo que corresponda

El día/...../..... a las.....hs.

El accidentado/a se encuentra internado en:.....
Domicilio.....Tel.....Localidad:.....
Prov.....CP.N°..... Diagnóstico (presuntivo y/o de certeza):.....

Tratamiento médico (fármacos).....

Tiempo estimado de curación:.....
Médico:.....Matricula N°

El agente está obligado a presentar Historia Clínica realizada por su médico de cabecera, caso contrario se lo intimará a que en el plazo de cinco (5) días presente la misma ante el Instituto Provincial de Seguros de Formosa.-

Sello oval de la repartición

Firma y sello del Jefe de Personal

SOLICITUD DE ATENCION AL I. A. S. E. P.

Fecha de Vencimiento:...../...../.....

Señores:

Solicitamos la provisión de asistencia médica y farmacéutica, autorización de prácticas médicas, prótesis y ortopedia y/o rehabilitación con cargo del 100% al Instituto Provincial de Seguros de Formosa, para el Sr./a DNI./LC./LE./CI.N°.....
CUIL N°..... Domicilio:.....Tel:.....
Localidad:.....Prov.:.....CP.N°.....Lugar donde presta servicios:.....
Domicilio:.....Tel:.....
Localidad:.....Prov.....CP.N°.....Dependiente de:.....

Fecha de recepción:...../...../.....

Sello oval de la Obra Social

Firma