

Anexo X - Solicitud Internación Geriátrica o Psicogeriátrica para Pacientes con Altas en Clínicas Psiquiátricas

Lugar y Fecha: _____ / ____ / ____

Nombre y apellido del afiliado titular: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

DNI: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Estado Civil: _____

Internado en la Clínica Psiquiátrica: _____

Nombre y apellido de Responsable del paciente: _____

_____ Vínculo: _____

DNI: _____ Teléfono (particular/celular/de contacto): _____

Domicilio: _____

El Familiar/Responsable del paciente propone el ingreso al geriátrico _____

_____ (se adjunta presupuesto).

Observaciones: _____

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son verdaderos, como asimismo declaro conocer la normativa del IAPOS que regula el presente beneficio.

Firma y Aclaración del Responsable del Paciente: _____

Firma y Aclaración del Afiliado Titular: _____