



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° CUIL N° Domicilio Tel.

Localidad Prov. C.P. Lugar donde presta servicios

Domicilio Tel. Localidad

Prov. C.P. Dependiente de

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

El día / / a las hs.

El accidentado/ a se encuentra internado en:.....

Domicilio..... Tel..... Localidad.....

Prov..... C.P..... Diagnóstico (presuntivo y/ o de certeza).....

Tratamiento médico (fármacos).....

Tiempo estimado de curación.....

Médico..... Mat. N°.....

El agente esta 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. C.P. Lugar donde presta servicios

Domicilio Tel. Localidad

Prov. C.P. Dependiente de

FECHA DE RECEPCION..... / /

Sello Oval de la Obra Social

Firma