

TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES														
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO DE DOCUMENTO O NRO DE CUIT									
	DNI	LE	LC	CI	CUIT										
	CALLE										NRO		PISO		OTO
	CODIGO POSTAL			LOCALIDAD					PROVINCIA			TELEFONO			

FORMA DE PAGO	NUMERO DE CUENTA										BANCO				
	NUMERO DE CBU														

ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES														
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO				
	DNI	LE	LC	CI											

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	APELLIDO Y NOMBRES, RAZON SOCIAL														
	MEDICO TRATANTE					DIAGNOSTICO					FECHA DE DIAGNOSTICO				
	CODIGO DE NOMENCLADOR					FECHA DE INTERNACION DESDE					FECHA DE INTERNACION HASTA				
	LUGAR Y FECHA DE LA INTERVENCION														
	FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE										SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL				

Declaro a mi saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que UPCN pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

LUGAR _____		CELULAR _____		CONFIRMACION DE COBRO _____	
FECHA _____		E-MAIL _____			
FIRMA DEL TITULAR _____					

NOTIFICACION IMPORTANTE

En todos los casos deberá llenarse en forma completa la presente solicitud en "Datos del Titular" y "Datos del Establecimiento Asistencial" y estar firmado por el médico tratante, incluyéndose el sello del Establecimiento Asistencial.

REQUISITOS:

Historia clínica con evolución | Protocolo quirúrgico | Fotocopia de DNI | Fotocopia Carnet UPCN | CBU Ticket

UPCN podrá requerir cualquier otra documentación de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales

CONSULTE SU TRÁMITE

Consulte su trámite por Internet: <http://upcnba.org/consulta-de-tramite/seguimiento-plan-cuidar>
 ó a los teléfonos: 0800-888-72622 o al (221) 425 8925 Interno 211
 Mail: plancuidarlaplata@upcnba.org / plancuidarinterior@upcnba.org