



**Cooperativa de Producción, Ahorro y Crédito,
Consumo y Servicios, Itacurubí Ltda.**

Julia M. Cueto de Estigambia e/ 15 de Mayo y Cap. Aguilera - Itacurubí de la Cordillera
Telefax: (0518) 20 019 - 20 295

SOLICITUD DE SOLIDARIDAD

CUALQUIER ENMIENDA
INVALIDA EL DOCUMENTO

DATOS DEL PACIENTE

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRE	EDAD	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCION			LOCALIDAD	

DATOS DEL MEDICO

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRE	N° DE MATRICULA	ESPECIALIDAD
LUGAR DE TRABAJO			TELEFONO	

CARÁCTER DE PROCEDIMIENTO: PROGRAMADO URGENTE

LUGAR DE PROCEDIMIENTO:

FECHA:.....HORA:.....

A - EN CASO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

1-ANESTESIA UTILIZADA: LOCAL TRONCULAR SEDACION
RAQUIDEA PERINEURAL GENERAL

2- DIAS DE INTERNACION:.....FECHA DE INGRESO:.....FECHA DE ALTA:.....

3- DIAGNOSTICO:.....

4- TRATAMIENTO:.....

B - EN CASO DE PROCEDIMIENTO MEDICO

1- DIAS DE INTERNACION:..... FECHA DE INGRESO:..... FECHA DE ALTA:.....

2- DIAGNOSTICO:.....

3- TRATAMIENTO:.....

C - EN CASO DE ACCIDENTE

1- DIAS DE INTERNACION:..... FECHA DE INGRESO:..... FECHA DE ALTA:.....

2- DIAGNOSTICO:.....

3- TRATAMIENTO:.....

.....
FIRMA DEL SOCIO
SOCIO N°

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO