



Obra Social del Personal de la  
Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco

REGISTRO PARA COBERTURAS ONCOLÓGICA Y ESPECIALES  
FORMULARIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN  
DECLARACIÓN JURADA MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE-PACIENTE

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE y APELLIDO DEL PACIENTE: .....  
Afiliado Nº: ..... / ..... Edad: ..... Sexo: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / .....  
Teléfono: ..... Cel. ....  
Domicilio: .....

PROTOCOLO

DIAGNÓSTICO: ..... Fecha de Diagnóstico: ..... / ..... / .....  
ESTADIFICACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO: Sintomático  Chequeo  Fortuito   
REQUIRIÓ CIRUGÍA? SI  NO   
FECHA Y LUGAR DE LA CIRUGÍA: .....  
SECUNDARISMO AL DIAGNÓSTICO: Precoz  Intermedio  Avanzado   
HISTORIA CLINICA:.....  
.....  
.....

TERAPEUTICAS ANTERIORES (INICIO – EVOLUCION – DOSIS – RESPUESTA TERAPEUTICA) Informar si esta terapéutica  
tendrá vigencia junto a la nueva propuesta:  
.....  
.....  
.....

TRATAMIENTO INDICADO: Hormonoterapia  Inmunoterapia  Quimioterapia  Radioterapia  Combinado

DATOS ACTUALES DEL PACIENTE: Peso(Kg)..... Talla (cm) ..... Sup. Corp.: .....

N°	Droga	Dosis	Vía	Ciclo/Frec.	Días
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

DATOS DEL MEDICO SOLICITANTE ..... Fecha: ..... / ..... / .....

FIRMA Y SELLO MEDICO

(Sólo para ser llenado por Auditoría Médica DASU) PERIODO DE AUTORIZACIÓN: .....

TIPO DE COBERTURA:  PLAN ONCOLÓGICO:  PATOLOGÍAS ESPECIALES.....

AFILIADO AUTORIZADO Y DADO DE AUTORIZACION PRESTADOR

ALTA POR DASU. FARMACEUTICO

.....  
FIRMA Y SELLO AUD. MEDICO DASU

FIRMA Y SELLO

**IMPORTANTE:** *El presente formulario deberá completarlo Médico Especialista con letra clara y legible, sin omisión de datos. Médico solicitante*