



GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Por favor complete los datos del beneficiario. Sólo consigne información de **beneficiarios que estarán a su cargo** en la Obra Social y que conviven con Usted.

Apellido y Nombre/s:			
D.I. N° (L.E.-L.C.-D.N.I.):			
Fecha de Nacimiento:		Vínculo:	
¿Posee otra cobertura de salud?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Cuál?	

1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha)
2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas)
3. ¿Padece enfermedades actualmente? ¿Cuáles?
4. Incapacidades/discapacidades. <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos.
6. Otras Observaciones de interés

IMPRIMA este documento. Deberá firmarlo y presentarlo en Afiliaciones junto con la otra documentación.

Firma del Titular