

INFORME MÉDICO PARA ANÁLISIS DE GASTOS

Nombre completo del paciente		CI	
-------------------------------------	--	-----------	--

Se solicita informar:

- Tratamiento al que se encuentra sometido.
- Medicación que debe consumir en forma permanente y dosis.
- Especialista/s al/los que debe concurrir en forma periódica.
- Estudios que debe realizarse en forma periódica.

Fecha:

.....
Firma y sello del médico tratante

ESTE INFORME SE DEBE PRESENTAR ACOMPAÑADO DEL TOTAL DE LOS GASTOS MÉDICOS REGULARES Y PERMANENTES QUE DEBIÓ AFRONTAR EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (ÓRDENES Y TICKETS). LA INFORMACIÓN DEBE ESTAR RESUMIDA Y EL IMPORTE DEL PERIODO YA ESTABLECIDO SIENDO EMITIDA POR EL PRESTADOR DE SALUD.