



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

OSP • OBRA SOCIAL
PROVINCIA

FORMULARIO ÚNICO DE CONTROL POS-TRASPLANTE RENAL

SAN JUAN..... DE.....DE 20.....

SR. INTERVENTOR DE DOS

AFILIADO:.....

CARNET...../.....

DIRECTO...../..... INDIRECTO:...../.....

DOMICILIO:.....

Dg: CORRESPONDE.....

MES.....

INSTITUCIÓN DONDE SE DERIVA:

.....

.....

FIRMA DEL RESPONSABLE

AUDITORIA MÉDICA

ÁREA TRASPLANTE

Declara de los datos consignados son correctos, completos y que se han confeccionado la presente en carácter de declaración jurada, sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.