



PLAN MATERNO INFANTIL
HISTORIA CLINICA / FICHA REGISTRO MADRE

DAR SALUD
RNOS OSPFeSIQyP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de la Industria Química y Petroquímica
RNOS 1-2800-3

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a **asistencia@audifarmsalud.com.ar**, por **WhatsApp** al **011-3841-6805**.

Ante cualquier consulta comuníquese al **011-3985-5439**,
en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Para ingresar al programa de maternidad debe presentar la presente Historia Clínica / Ficha Registro obligatoriamente, firmado y sellado por el Obstetra demandante, junto con los estudios complementarios (Laboratorio).

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO:

DNI NRO:

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EDAD:

DOMICILIO:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

TEL.:

MAIL:

FECHA ÚLTIMA DEL CICLO MENSTRUAL:

PERIODO DE GESTACIÓN:

FECHA PROBABLE DE PARTO:

Resumen de Historia Clínica / Observaciones: (OPCIONAL)

SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PROFESIONAL