



O.S.E.P.
Obra Social de los Empleados Públicos
Catamarca

FICHA HIPERTENSIÓN

COMPLETADO POR O.S.E.P.

FECHA

NÚMERO

COMPLETADO POR EL MÉDICO

DATOS DEL AFILIADO	Tipo de Doc.		Nro. de Documento		Apellido y Nombre				
	Sexo		Peso	Fecha de Nacimiento	Domicilio				
	F	M							
	Cód. Postal		Localidad		Departamento	Provincia	Teléfono		
							Cód. de Área	Número	
DATOS DEL MÉDICO	Matrícula		Apellido y Nombre						
					Especialidad		Teléfono		
							Cód. de Área	Número	
					Sr. Profesional el presente formulario debe ser completado en todas sus partes, de manera prolija, a fin de que el afiliado pueda acceder a los beneficios del Programa.				
OBSERVACIONES									
Monodroga		Nombre Comercial (Opcional)		Dosis Diaria (en mg.)	Monodroga		Nombre Comercial (Opcional)		Dosis Diaria (en mg.)
1.					6.				
2.					7.				
3.					8.				
4.					9.				
5.					10.				