

FORMULARIO DE INGRESO

K 90.01

Estimado Socio: le recordamos que la presentación de este formulario implica conformidad con la Normativa del Programa de Asistencia al Celíaco publicada en nuestra página web: <http://www.jerarquicos.com> > Manual del Socio > Otras coberturas > Celiaquía

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombres:

N° Socio:

Edad:

Fecha examen:

/ /

Fecha en que fue diagnosticada la patología:

/ /

EXAMEN CLÍNICO

Resumen Historia Clínica:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LUGAR

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

DATOS OBLIGATORIOS DEL SOCIO

Teléfono de contacto:

Teléfono celular:

Correo electrónico*:

* Para una mejor gestión y comunicación, este dato es obligatorio. En caso de no tener correo electrónico, le solicitamos por favor envíe el email de alguna persona cercana con quien podamos comunicarnos. Los formularios que no completen este dato serán devueltos.

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.