Instituto de Seguros de Jujuy

Alvear N° 745 - S. S. de Jujuy (C.P. 4600) Jujuy - Argentina
0810-777- SALUD (72583)
www.isj.gov.ar / info@isj.gov.ar

Lugar	Día	Mes	Año

PROGRAMA CANNABIS MEDICINAL

SR. PRESTADOR:
EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA**. SE SOLICITA COMPLETAR TODOS LOS DATOS REQUERIDOS CON LETRA CLARA Y SIN SIGLAS.
LA AUDITORÍA TÉCNICA SE RESERVA EL DERECHO DE DEVOLVER EL PRESENTE FORMULARIO PARA SU CORRECTA CONFECCIÓN CON LOS DATOS SOLICITADOS.

DATOS DEL AFILIADO

Ap. y Nomb.: _____ N° Credencial: ___-___/___

N° CUIL: __-_____/_ Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐ Género: Fem. ☐ Masc. ☐ Trans.F ☐ Trans.M ☐ Otro ☐

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CIE 10)

☐ EPILEPSIA ☐ DISCAPACIDAD ☐ ONCOLÓGICO

ESTADO ACTUAL

TRATAMIENTOS PREVIOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro libre y voluntariamente que he recibido información clara y suficiente por parte del médico tratante respecto a mi estado de salud y al diagnóstico padecido. Así como respecto al tratamiento propuesto, los beneficios esperados, riesgos, molestias y efectos adversos previsibles. Acepto libre y voluntariamente someterme al tratamiento prescripto por el médico tratante, siendo el mismo el único responsable respecto a la conveniencia médica de la práctica a realizarse.
Me comprometo a cooperar con el ejercicio de las prácticas y a comunicar de inmediato cualquier cambio en mis condiciones de salud que pudieran afectar al tratamiento.

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL MÉDICO
Aclaración:	Aclaración:
D.N.I.:	D.N.I.:
	M.P.: