

**SOLICITUD PLAN MATERNO INFANTIL – OSFATLYF – PMI**

AFILIADO TITULAR: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

**DATOS AFILIADA**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ N° AFILIADO: \_\_\_\_\_

N° DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

e-MAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO/MÓVIL: \_\_\_\_\_

F.U.M: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F.P.P: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CANTIDAD DE GESTACIONES: \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE PARTOS: \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE CESÁREAS: \_\_\_\_\_

PÉRDIDAS: \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_ SEMANA DE LA PÉRDIDA: \_\_\_\_\_

**DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL**

APELLIDO Y NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DE MATRÍCULA (Provincial o Nacional): \_\_\_\_\_

e-MAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO/MÓVIL: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO MÉDICO ORIGINAL**