Fecha

SOLICITUD DE INSCRIPCION PROGRAMA "CLUB DEL PACIENTE CRÓNICO"

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: Código:

DNI: Edad: Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Distrito:

Correo electrónico Celular

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Yo

Solicito mi inscripción al programa "Club del Paciente Crónico", por el siguiente diagnóstico:

- ☐ Asma
- ☐ Diabetes Mellitus tipo II
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Hipertensión Arterial.

Para lo cual, presento:

- Informe médico del especialista que acredite mi diagnóstico, con fecha de emisión no mayor de 20 días calendarios.
- Copia del DNI.

Nota. -

- *En caso de resultar falsa la información proporcionada, me someteré a las responsabilidades administrativas, según lo dispuesto en el Reglamento PAM. Asimismo, me comprometo a informar oportunamente al Feban, si hubiera alguna modificación de las enfermedades señaladas en el presente documento.*

Firma

DNI