



Lima..... de20.....

Señor
Jefe de la Unidad del Programa de Asistencia Médica
FEBAN

Yo (titular).....,
Identificado con N° DNI....., código de afiliado (a).....,
Teléfono fijo....., N° de celular.....,
correo electrónico domiciliado en
.....en el distrito.....
provincia..... departamento.....

Me dirijo a usted a fin de solicitar la inscripción del programa “Club del Paciente Crónico” del Feban para el paciente:
.....
con parentesco....., DNI..... habiendo sido diagnosticado (a) con la enfermedad
crónica de.....
.....; asimismo, adjunto los documentos indicados a continuación:

- () Copia del DNI del titular (físico, virtual)
- () Copia del informe médico (pacientes de provincia).

Nota:

- No pierdas tu afiliación al Club del paciente crónico atendiéndote en otro centro de salud.
- Los diagnósticos considerados en el programa son: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, Dislipidemia y Asma bronquial.
- La cobertura de atención de pacientes crónicos se otorgará hasta los límites y condiciones establecidos.
- Por tanto, apelo a su despacho para acceder mi solicitud.

.....
Firma

Declaración Jurada

(Este documento debe ser llenado por el paciente)

Yo, _____
con documento de identidad N° _____, y código de afiliado _____,
de condición _____, con domicilio en _____,
Distrito de _____, de la Provincia de _____ del
Departamento de _____.

Declaro bajo juramento que:

He sido informado(a) de los beneficios y obligaciones del programa “Club del paciente Crónico del Feban”; ante lo cual de manera voluntaria me inscribo al cumplir con todos los requisitos que se me han solicitado.

Me afirmo y me ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento en la ciudad de a los ____ días del mes _____ del 20.....

Firma y N° de DNI