IAFAS

PROGRAMA ONCOLOGICO

DATOS DEL TITULAR	
NOMBRE COMPLETO	
GRADO	
CIP	
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
DNI	
EDAD	
F. DE NACIMIENTO	
L. DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL	
DIRECCION / DISTRITO	
TELEFONO	
DIAGNOSTICO	
F. DX	
ON:	
GESTORA	

SOLICITA: ACTIVACIÓN DE CÓDIGO ON

SEÑOR CAPITÁN DE NAVÍO ADM. DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ
SR. C.DE.N.:

Yo,..... identificado con N° de CIP..... y N° de DNI..... domiciliado en....., teléfono N° ....., correo electrónico....., ante Ud. con debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo recibo el informe anatomo-patológico positivo de cáncer del Servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Naval "CMST", solicito a Ud. tenga a bien disponer el visado del informe antes mencionado por el Auditor Médico, la activación de cobertura Oncológica y la creación del código ON, para tal efecto adjunto los siguientes documentos:

- UN (1) Informe anatomo patológico de fecha…/…/…..
  DIAGNÓSTICO:

POR LO EXPUESTO:
A Ud. solicito acceder a mi petición.

Bellavista,

FIRMA

RECIBIDO POR

FECHA AFILIACIÓN:	
ESTADO CUENTA:	
ULTIMO MES DE PAGO:	

V°B°
AUDITOR MÉDICO