

## ANEXO I

### DATOS A COMPLETAR DEL PACIENTE (Datos a completar por el Padre, Madre o Tutor)

Apellido y Nombre (del paciente):	
DNI:	
N ° de CUIL:	
N ° de Carnet:	
Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	
Estado Civil:	SOLTERO ( )      CASADO ( )      VIUDO ( )      DIVORCIADO ( )
Domicilio actual:	
C.P. - Localidad:	
Provincia:	
Tipo de Afiliación:	GASTRONÓMICO (1) ( )      MONOTRIBUTISTA ( )
Apellido y Nombre del Padre:	
Teléfono de contacto del Padre (c/característica):	
Apellido y Nombre de la Madre:	
Teléfono de contacto de la Madre (c/característica):	
Correo electrónico de contacto:	

### (1) DATOS A COMPLETAR DEL RECIBO DE SUELDO DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

CUIT de la Empresa:	
Nombre de la Empresa:	
Domicilio de la Empresa:	
Fecha de Ingreso laboral:	

\* Es **obligación** completar todos los campos con el mismo color de tinta y sin enmiendas.