



DAMSU
SAN JUAN

Dirección de Asistencia
Médica Social Universitaria

FICHA
CONTINUIDAD PLAN - T.S.

San Juan, de de 20



Plan Discapacidad



Plan Adicciones



Plan Trastornos Alimenticios

Datos del/de la afiliado/a titular

Apellido y nombre completo:

DNI: Fecha de nac.: edad:

Domicilio: calle: n°: orientación: piso: manzana:

localidad: departamento:

celular: correo:

otra obra social:

Datos del/de la beneficiario/a

Apellido y Nombre completo:

DNI: fecha de nac.: edad:

parentesco:

otra obra social:

Solicito **continuidad** de cobertura en:

.....

.....

.....

.....

.....

se adjunta:

.....

.....

.....
firma y aclaración del/de la afiliado/a