



MUTUALIDAD CFIA  
TRANSFORMAMOS VIDAS

# DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO SUBSIDIO PLAN SALUD



## ♥ INFORMACIÓN PARA LLENAR POR EL COLEGIADO (A)

DD | MM | AAAA

Nombre del colegiado(a)

N° de identificación

Edad

## ♥ INFORMACIÓN PARA LLENAR POR EL MÉDICO

Motivo de la atención médica

Diagnóstico

Envío de exámenes de laboratorio y gabinete

Tratamiento: (indique fuerza, dosis, duración)

Indicar si existe relación de éste diagnóstico con otras enfermedades del colegiado(a)

Sí

No

Detalle

Indique el procedimiento, cirugía o tratamiento aplicado al colegiado(a)

## ♥ ¿POSEE ALGÚN GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD CON EL COLEGIADO?

Sí

No

Indique

Fecha de atención

DD | MM | AAAA

Código médico

Nombre del médico (general/especialista)

Firma y sello

**Nota:** Este formulario es de uso exclusivo de Mutuality CFIA y para el colegiado activo del CFIA beneficiario del Subsidio Plan Salud, NO TIENE relación con ninguna póliza o seguros de gastos médicos por tanto no es excluyente su aplicación y llenado. Aplican Términos y Condiciones Vigente\*

