



CENTRO MÉDICO CHACRAS

Cerca para cuidarte.

Estimado paciente:

Por favor le solicitamos completar el siguiente cupón con todos sus datos e información necesaria para habilitar su teleconsulta.

Puede imprimirlo, completarlo y firmarlo o bien transcribir la información solicitada a puño y letra, colocando la credencial y DNI tal cual se lo solicita y firmarlo; luego deberá sacarle una foto y enviarla al Centro Médico con al menos 48 hs de anticipación a su turno.

Puede enviar su cupón a través de las siguientes opciones:

- MAIL: teleconsultas@centromedicochacras.com

- WHATSAPP: Al 2615692623, envíe la palabra CUPÓN y siga las indicaciones del Asistente Virtual.

* Si Ud. es paciente de OSDE no debe enviar este cupón, ya que se realiza la validación mediante la App Credencial Digital con código token, que debe descargar en su celular.

La misma le será solicitada por una secretaria, minutos antes de su consulta.



CENTRO MÉDICO CHACRAS

Cerca para cuidarte.

Fecha de teleconsulta:

Nombre y apellido del paciente:

DNI del paciente:

Obra Social:

Plan:

Número de Afiliado:

Profesional:

Coloque credencial del
paciente aquí

Coloque DNI del paciente
aquí

.....
Firma Afiliado / Madre / Padre / Tutor

.....
Aclaración y DNI Afiliado / Padre / Madre / Tutor