



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

Puede enviar su cupón al MAIL: recepcioncmchacras@gmail.com



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