



**CONSENTIMIENTO INFORMADO / NOTA DE CONFORMIDAD**

**ANEXO 3**

Presto mi conformidad a la realización del tratamiento y/o prestación de:

.....  
.....

Indicado por el médico tratante que se efectúa a través de la Obra Social durante el año en curso (aclarar periodo), para

Mi hijo/a .....

Firma del titular: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE:

FECHA: .....

**Central: Cerrito 228, 1° Piso, "B", Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**TEL/FAX: 4381-2507/ 0800-999-1093**

**MECANISMO DE INTEGRACION: [oscraia.discapacidad@gmail.com](mailto:oscraia.discapacidad@gmail.com)**

**FACTURACION MECANISMO DE INTEGRACION: [oscraia.caba@gmail.com](mailto:oscraia.caba@gmail.com)**