



Personería Jurídica Reconocida Decreto N° 12.066 - 27 de Diciembre de 1.991
Con certificado de Inscripción del Instituto Nacional de Cooperativismo N° 198
Teléfono: 449 962 - 445 353 - Fax: 451 636
Benjamín Constant esq. 14 de Mayo N° 199
Correo Electrónico: www.cofan.com.py
Asunción - Paraguay

CERTIFICADO PARA BENEFICIOS DE SOLIDARIDAD

Fecha: _____ Ciudad: _____

Nombre del Titular: _____ Socio N°: _____

Nombre del Paciente: _____

Motivo de Internación en Terapia: _____

Motivo de Incapacidad Permanente: _____

Motivo de Enfermedad Terminal: _____

Cirugía Realizada:

Anestesia

- General
- Peridural
- Raquídea
- Regional
- Local

Breve resumen de la H.C.

Fecha de Internación: ____ / ____ / ____

Días de Internación: _____

Se prescribe reposo domiciliario: ____ / ____ / ____

Hasta: ____ / ____ / ____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____ N° de Registro: _____

Lugar del Acto Médico: _____

Aclaración de Firma
Médico Responsable

Sello del Hospital