

Corresponde a **EXPEDIENTE 001914/2026**

SAN JUAN, 5 de Marzo de 2026

Señores de **HOSP. ITALIANO DE BS.AS.**

BUENOS AIRES

PRESENTE:

Se autoriza derivación para prestaciones médicas para nuestro afiliado **SOSA PAOLILLO MORENA AGUSTINA** D.N.I. **56830541** con diagnóstico: **MALFORMACION VASCULAR PIERNA DERECHA**

Titular carnet n° **31252267/101**

La presente autorizacion debera ser presentada ante la delegacion de D.O.S. San Juan en la provincia de **BUENOS AIRES**, pudiendo ser de forma presencial en el domicilio de **Av. Sarmiento 1251 CABA**, o via email a **ospdelegacionbuenosaires@gmail.com**, ante cualquier duda comunicarse al **011-43824729**

En caso de ser requerida su continuidad, teniendo en cuenta la fecha de vencimiento, deberá remitirse a D.O.S., breve Historia Clínica que así lo justifique.

VENCE : 05/04/2026

Atte.


IRIS ADRIANA VIDELA
GERENTE DE PRESTACIONES
DIRECCION DE OBRA SOCIAL

Información interna del afiliado para la DOS:

- Afiliado derivado por imposibilidad de atención en la provincia de San Juan.
- Afiliado Oncológico.
- Afiliado que puede recibir su atención en San Juan pero por una particularidad se autoriza derivación.
- Afiliado Pre-Trasplante / Trasplante / Post-Trasplante.
- Afiliado con ebarazo de alto riesgo y los recién nacidos de estos