

**ANEXO II**

**FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DEL BOLETO ONCOLÓGICO GRATUITO (BOG)  
MISIONERO**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Oncólogo cabecera: \_\_\_\_\_,

matrícula N° \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tratamiento:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frecuencia                      diaria/semanal/mensual                      del                      tratamiento:

\_\_\_\_\_

**Lic. en Trabajo Social** \_\_\_\_\_, matrícula N°

\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Fecha**                      **de**  
**Emisión** \_\_\_\_\_ **Vencimiento:** \_\_\_\_\_

Hospital/Institución:

\_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Firma Médico/a Oncólogo/a: \_\_\_\_\_

Firma Lic. en Trabajo Social: \_\_\_\_\_

Firma Director/a autorizante: \_\_\_\_\_