

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - LEY 10.436  
AMPARO AL ENFERMO TUBERCULOSO  
**CONTROL MENSUAL**

Lugar y fecha: .....

Establecimiento .....

Expediente N° .....

Beneficiario .....

Cumplió con el tratamiento, médico y social evolucionando:

Clínica .....

Bacteriología .....

Radiología .....

Condición social del paciente y grupo familiar .....

OBSERVACIONES .....

.....

.....

**Artículo 19 del Reglamento 170/91:** EL NO CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE MOTIVARÁ LA SUSPENSIÓN DEL BENEFICIO ACORDADO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asistente Social tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico tratante

Sello Establecimiento

**PASE AL ORGANISMO INTERVINIENTE**

Región Sanitaria y/o Dirección Provincial de Atención Médica.

Por el Responsable del Programa de Control de la Tuberculosis.

Mes al que corresponde el subsidio.

Observaciones .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable del Programa

\_\_\_\_\_  
Director del Organismo Interviniente