

OBRA SOCIAL		NUMERO AFILIADO			
APELLIDO y NOMBRE		EDAD	DÍA	MES	AÑO
DOMICILIO		LOCALIDAD			

R/p.



| Consulta | Pedido |

| Diagnóstico |

| Sello y Firma Médico |

| Códigos a facturar |

Código:

--	--

Código:

--	--

Aparato Propio

Noct. /Urg.

| Liquidación |

Total:.....\$

Afiliado:.....\$

O.Social:.....\$

| Autorización N°:

| Diag. Result: |

DÍA	MES	AÑO	HORA

Firma Afiliado/Familiar

Sello y firma Efector

OBRA SOCIAL		NUMERO AFILIADO			
APELLIDO y NOMBRE		EDAD	DÍA	MES	AÑO
DOMICILIO		LOCALIDAD			

R/p.



| Consulta | Pedido |

| Diagnóstico |

| Sello y Firma Médico |

| Códigos a facturar |

Código:

--	--

Código:

--	--

Aparato Propio

Noct. /Urg.

| Liquidación |

Total:.....\$

Afiliado:.....\$

O.Social:.....\$

| Autorización N°:

| Diag. Result: |

DÍA	MES	AÑO	HORA

Firma Afiliado/Familiar

Sello y firma Efector

| Realización |

| Realización |