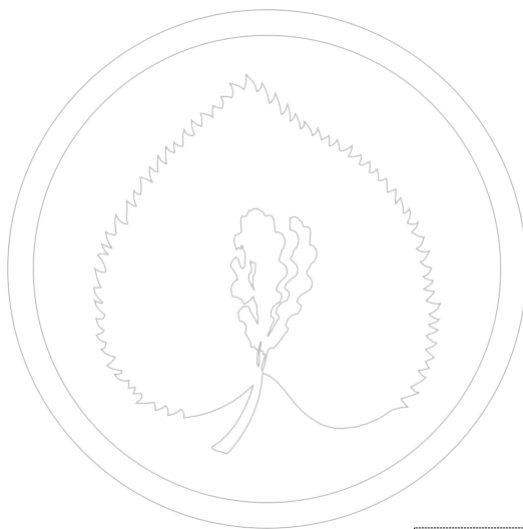


# AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

OBRA SOCIAL	NUMERO AFILIADO				
APELLIDO y NOMBRE	EDAD	DÍA	MES	AÑO	HORA
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

| Realización |

Firma Afiliado/Familiar

Sello y firma Efector