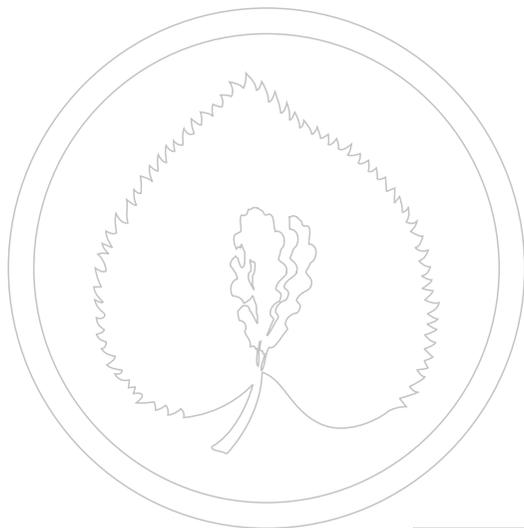


AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

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

R/p.



| Diagnóstico |

| Sello y Firma Médico |

| Códigos a facturar |

Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aparato Propio	<input type="text"/>	
Noct./Urg.	<input type="text"/>	

| Liquidación |

Total:.....	\$.....
Afiliado:.....	\$.....
O.Social:.....	\$.....

| Autorización N°:

| Diag.Result. |

DÍA	MES	AÑO	HORA

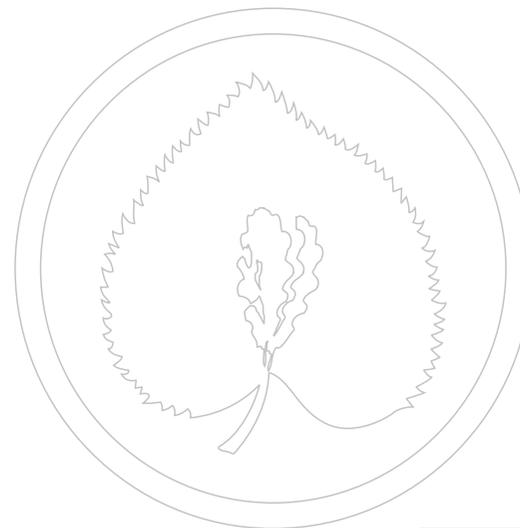
Firma Afiliado/Familiar

Sello y firma Efactor

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

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

R/p.



| Diagnóstico |

| Sello y Firma Médico |

| Códigos a facturar |

Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aparato Propio	<input type="text"/>	
Noct./Urg.	<input type="text"/>	

| Liquidación |

Total:.....	\$.....
Afiliado:.....	\$.....
O.Social:.....	\$.....

| Autorización N°:

| Diag.Result. |

DÍA	MES	AÑO	HORA

Firma Afiliado/Familiar

Sello y firma Efactor

| Consulta | Pedido |

| Realización |

| Consulta | Pedido |

| Realización |