

ORDEN DE PRESTACIÓN

FECHA	FECHA VENC.	SOLICITUD DE:	DNI
28/02/2023	30/03/2023	2 AUTORIZACIÓN MEDICA	101010
APELLIDO AFILIADO	NOMBRE AFILIADO	PLAN AFILIADO	CIUDAD DE ATENCIÓN
TEST	NOMBRE		SALTA

No. PRESTADOR	PRESTADOR	DIR PRESTADOR	TEL. PRESTADOR
1	PRUEBA 1	PRUEBA	223
PRACTICAS A REALIZAR / CODIGOS			
CONSULTA			

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA DEL AFILIADO