



PLANILLA DE CONSULTAS

Mes / Año:

Profesional:

Matrícula:

ESTABLECIMIENTO:

LOCALIDAD:

MARADONA SALUD

OSTAMMA - OSPIF:



	FECHA			N° BENEFICIARIO	APELLIDO y NOMBRE	EDAD	CÓDIGO PRESENTACIÓN	CONSEGURO	DIAGNOSTICO	CÓDIGO DE AUTORIZACION	FIRMA BENEFICIARIO TIPO y N° de DOCUMENTO
	D	M	A								
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
ESPECIALIDAD					FECHA	FIRMA y SELLO de la INSTITUCIÓN					
FIRMA y SELLO del MÉDICO											