



ORDENES DE CONSULTA Y PRÁCTICA

Se emiten a nombre del afiliado titular y la utiliza todo el grupo familiar a cargo.

Titular SANCHEZ CARLOS ALBERTO N° Beneficio 436600046606 Grado Parentesco <input type="checkbox"/> N° ORDEN CONSULTA A-0272-3616  Comprobante para el prestador	Titular SANCHEZ CARLOS ALBERTO N° Beneficio 436600046606 Grado Parentesco <input type="checkbox"/> UGL 37-QUILMES		CONSULTA A-0272-3616 Veteranos de Guerra										
	Prestador _____ Domicilio _____ Apellido y Nombre del Beneficiario _____ Tipo y Número de Documento _____ Tipo de Consulta _____ Domicilio <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Horario _____ Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Diagnóstico _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>CÓDIGO-DESCRIPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN			<table border="1"> <thead> <tr> <th>FIRMA BENEFICIARIO</th> <th>FIRMA MÉDICO</th> <th>MATRÍCULA Y SELLO</th> <th>FIRMA Y SELLO PRESTADOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	FIRMA BENEFICIARIO	FIRMA MÉDICO	MATRÍCULA Y SELLO	FIRMA Y SELLO PRESTADOR		
FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN												
FIRMA BENEFICIARIO	FIRMA MÉDICO	MATRÍCULA Y SELLO	FIRMA Y SELLO PRESTADOR										

Titular SANCHEZ CARLOS ALBERTO N° Beneficio 436600046606 Grado Parentesco <input type="checkbox"/> N° ORDEN PRÁCTICA A-0272-3622  Comprobante para el prestador	Titular SANCHEZ CARLOS ALBERTO N° Beneficio 436600046606 Grado Parentesco <input type="checkbox"/> UGL 37-QUILMES		PRÁCTICA A-0272-3622 Veteranos de Guerra																														
	Prestador _____ Domicilio _____ Apellido y Nombre del Beneficiario _____ Tipo y Número de Documento _____ Diagnóstico _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>CÓDIGO-DESCRIPCIÓN</th> <th>CANT.</th> <th>FECHA</th> <th>CÓDIGO-DESCRIPCIÓN</th> <th>CANT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td> </td> <td> </td> <td>4</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td>5</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> </td> <td> </td> <td>6</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	CANT.	FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	CANT.	1			4			2			5			3			6			<table border="1"> <thead> <tr> <th>FIRMA BENEFICIARIO</th> <th>FIRMA MÉDICO</th> <th>MATRÍCULA Y SELLO</th> <th>FIRMA Y SELLO PRESTADOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	FIRMA BENEFICIARIO	FIRMA MÉDICO	MATRÍCULA Y SELLO	FIRMA Y SELLO PRESTADOR		
FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	CANT.	FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	CANT.																												
1			4																														
2			5																														
3			6																														
FIRMA BENEFICIARIO	FIRMA MÉDICO	MATRÍCULA Y SELLO	FIRMA Y SELLO PRESTADOR																														