

Entidad Primaria		Fecha (d/m/a)		Hora
Obra Social	Plan	N° Bono/Autoriz	N° Afiliado	
Apellido y Nombre		Edad	Cond IVA	
Domicilio particular		Localidad		

R/p.

Diagnóstico:

Firma del Médico

Sello y Matrícula



Prácticas e Intervenciones Quirúrgicas

Obra Social	Plan	Nº Afiliado	Fecha (d/m/a)	Hora
Apellido y Nombre			Cond IVA	
Domicilio Particular		Localidad		
Diagnóstico Clínico			Códigos a facturar	
Práctica u operación a facturar	Lugar donde se efectuó			

FARMACIA - Expendio de medicamentos

Precio total		
Abonado por el Afiliado		
A abonar por Obra Social	Conforme Afiliado o Familiar	Sello Farmacia

FACTURA

Número de Orden de Internación	Honorarios <input type="checkbox"/>	Honorarios y Gastos <input type="checkbox"/>	Gastos <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	---	------------------------------------

EQUIPO QUIRÚRGICO

Cirujano	Matrícula	Anestesista	Matrícula
1er. Ayudante	Matrícula	Otros	Matrícula
2do. Ayudante	Matrícula	Otros	Matrícula

Conforme Afiliado

Firma Médico

Sello y Matrícula