

CONSULTAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD C/ ARANCEL: _____

MATRICULA Nº DE CUENTA: _____

| DIA | HORA | Nº AFILIADO | APELLIDO Y NOMBRE | DIAGNOSTICO | CONS. | DOM. | Nº de TRANSACCION | FIRMA CONFORME AFILIADO Y Nº DOCUMENTO |
|-----|------|-------------|-------------------|-------------|-------|------|-------------------|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

IMPORTANTE

- Rogamos llenar esta planilla con letra legible de lo contrario los datos no podrán ser procesados.
- Recordamos que para facturar más de 3 (tres).
- Consultas se debe adjuntar Historia Clínica.

MES _____ AÑO _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE