

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

OBRA SOCIAL	NUMERO AFILIADO				
<i>Castagnon Batista</i>	<i>17</i>	<i>23</i>	<i>2</i>	<i>06</i>	
APELLIDO y NOMBRE	EDAD	DÍA	MES	AÑO	HORA
DOMICILIO	LOCALIDAD				

R/p. DNI *4.8643.708*

| Consulta | Pedido |

Certifico que el paciente goza de perfecto estado de Salud / Aptitud Basilar, para realizar Percepción Musculación de tipo recreativo

| Diagnóstico |

Dr. Claudia Omar Schisler
 Especialista Consultor en
 Medicina del Deporte
 M.P. 17.814 / M.N. 97.916
 Sello y Firma Médico

| Códigos a facturar |

Código:

Código:

| Autorización N°: |

| Diag. Result. | |

| Realización |

Aparato Propio

Noct./Urg.

DÍA	MES	AÑO	HORA

| Liquidación |

Total: \$

Afiliado: \$

O.Social: \$

Firma Afiliado/Familiar	Sello y firma Efector
-------------------------	-----------------------