

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

Handwritten notes in form:
Fecha: 7/1/20
Obra Social: ODD 2
Edad: 24
Localidad: San Martín

Cuidá a los que te cuidan.
NO a la violencia sanitaria.

R/p.

Handwritten prescription:
La receta de
el Certificado de
aptitud para conducir
por Sr. Gonzalez, Cossetto
Acosta - DNI 38.612816
el día de la fecha

Diagnóstico:

Handwritten signature of the doctor

Dr. SIRI ANGEL F.
Médico
M.P. 19799 M.N. 42877

Firma del Médico

Sello y Matrícula