PEDIDO DE MATERIAL DESCARTABLE

Chubut ISSyS

Fecha: ...../...../.....

Pedido: MENSUAL

1. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: | **Edad.:**

N° de afiliado: | **Teléfono:** | **Localidad:**

Obra Social: | **Diagnóstico:**

2. PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre y Apellido: | **Especialidad:**

Institución: | **Teléfono:** | **Localidad:**

DESCRIPCION	DOSIS			CANT. DE ENVASES
	DIARIA	SEMANAL	MENSUAL	

.....
Firma y sello del Médico Auditor

.....
Firma y sello del Médico Tratante

NOTA: Los datos deben estar completos y con LETRA CLARA LEGIBLE, lo cual agilizará el trámite, evitando demoras.-