

ASOCIACION MUTUAL "20 DE OCTUBRE"
OBRAS SANITARIAS MENDOZA



ORDEN DE CONSULTA

Nº ~~00000000~~

AMBULATORIO

INTERNACION

BENEFICIARIO N°	CAT.	LUGAR DE EMISION	FECHA	

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	SEXO	CODIGO N°
		M F	

DOMICILIO	FECHA PRESTACION

DIAGNOSTICO / MOTIVO	INTERNACION
	N° DE ORDEN
	ESTABLECIMIENTO

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FIRMA