



Por una Argentina con Mayores Integrados

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS SOLICITUD DE PROTESIS E IMPLANTES QUIRURGICOS

FECHA 	APELLIDO Y NOMBRE 	N° BENEFICIO 		
EDAD 	SEXO 	FECHA DE NACIMIENTO 	<input type="radio"/> LE <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> CI <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> LF <input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> PASAPORTE	NUMERO
DOMICILIO 		LOCALIDAD 	PROVINCIA 	

DESCRIPCION

CODIGO

MODO <input type="radio"/> PROGRAMADO <input type="radio"/> URGENCIA	DIAGNOSTICO: 	FECHA DE LA INTERVENCION: 	CODIGO
--	------------------	-------------------------------	------------

INTITUCION: 	HISTORIA CLINICA N°: 	U.G.L.: XVII - CHUBUT
-----------------	--------------------------	-----------------------

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ACTUANTE TELEFONO	FIRMA Y SELLO AUTORIZADO INSTITUCION SANATORIAL U HOSPITAL
--	---