



ORDEN DE ATENCION PRIMARIA

BENEFICIARIO N°

SERIE B N° 0

APELL. Y NOMBRE

FECHA / / HORA

ASEGURADO

SINIESTRO

PRESCRIBIENTE

MATRICULA

CENTRO EFECTOR

FECHA DE PRESTACION / /

DIAGNOSTICO

PRESTACIONES AUTORIZADAS

CON ESTA ORDEN SE PODRÁN FACTURAR UNA CONSULTA MÉDICA Y UN ESTUDIO RADIOLÓGICO SIMPLE

ADJUNTAR RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
PLACAS RADIOGRÁFICAS
INFORME DEL MÉDICO RADIÓLOGO

FIRMA Y SELLO DEL APTIANTE

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DESIGNADO

BOCORREADO AUTORIZADO

USO EXCLUSIVO ACA SALUD



N° 0

RECETARIO MEDICAMENTOS

BENEFICIARIO N°

NOMBRE

EMPRESA

STRO. FECHA /

DIAGNÓSTICO

Rp/

TROQUEL

TROQUEL

FECHA VENTA

PRESCRIBIENTE

COMERCIALIZADORA BENEFICIARIA