

<b>Nro.</b>	<b>Nro. de contingencias</b>	<b>Fecha de emisión</b>
-------------	------------------------------	-------------------------

**Datos Personales**

Apellido y nombre del paciente	Nro. de afiliado
Tipo de afiliado	Carencia

**Datos del Prescriptor**

Apellido y nombre	Matrícula
Diagnóstico (código y/o descripción)	

**Datos del Prestador**

Institución	Práctica convenida	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	
Profesional tratante	Matrícula	Traslado	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>

**Autorización previa**

Módulo/s	Código/s	Cantidad	Coseguro	Valor a/c OSEP

**Período de vigencia**

Desde	Hasta
-------	-------

**Autorización previa**

Firma y sello administrativo	Firma y sello auditor	Firma y aclaración afiliado
------------------------------	-----------------------	-----------------------------

**Auditoría en terreno**

Cambio de módulo	Código	Cantidad	Firma y sello auditor en terreno
Nro. de SISAO		Firma y aclaración graboverificador	

**Observaciones**

--