

Orden de Internación



120900

Orden Internación Nro: **00100-000009900001** **ORIGINAL** Estado: **AUTORIZADA**

Beneficiario: **000000/00** **APELLIDO, NOMBRES** Edad: **20**
Plan: **SAT** Documento: **D.N.I. 99887766** Sexo: **M**

Entidad Internación: **123456 - NOMBRE DEL PRESTADOR**
Médico Solicitante :
Tipo Internación: **CLINICA** Tipo Pensión: **HAB.STANDARD**

Fecha solicitud: **19/09/2023**

Fecha de Internación: **19/09/2023** Cant. Dias : **1** Fecha Vencimiento de la Orden: **20/09/2023**
Derivación Ingreso:

Observaciones:

Firma Responsable

Obra Social: _____

Firma del Beneficiario,

Familiar o 3ra. Persona: _____

Aclaración:

Documento:

Morón: Vergara 62 Tel. 4489 0554 | Lomas de Zamora: Sarmiento 260 Tel. 4292 – 9331 | Quilmes: Av. Vicente Lopez 87 Tel. 4252-3856

C.A.B.A.: Quintino Bocayuva 50 Tel. 5555-3100