

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD****VISACIONES - REIMPRESION**Versión: 04
Código: F-GO-11
Fecha: 25/02/2020
Pagina 1 de 1**NRO. VISACION:****CONTRATO:****ADHERENTE:****PLAN:****PRESTADOR:****DIRECCION:****TIPO DE PRESTACION:****MEDICO TRATANTE:****ESTADO:****FECHA EMISION:****VALIDO HASTA:****EDAD:****TELEFONO:****Cant. Nomenclador****T. Especialista****Prt****OAMI****Dif. a Cobrar Obs.**

Sub Total: 0

I.V.A.: 0

Total: 0

OBSERVACION:**REALIZADO POR:****EMITIDO POR:****FECHA DE IMPRESION:****SR. PRESTADOR:**

ESTA VISACION DEBE SER PRESENTADA ANTES DE LOS 60 DIAS DESDE SU EMISION, ACOMPAÑADA DE LA ORDEN ORIGINAL FIRMADA POR EL MEDICO Y EL PACIENTE.

FIRMA DEL PACIENTE:**ACLARACION:****C.I.:**