

Formulario de Solicitud de Autorización de Prestaciones

FECHA

Siniestro:

Formulario "C 1"

Paciente:.....

C.U.I.L.:.....Empresa:.....

Prestador: Hospital Regional Río Gallegos

e-mail: adt_riogallegos@yahoo.com.ar Tel./Fax Nº 02966-420441

Dignóstico Presuntivo:.....

.....

Práctica a Autorizar:.....

.....

.....

- Medicamentos - Atención hasta el alta Médica.

Plan Terapéutico:

.....

Médico Solicitante

.....
Firma y sello del Profesional

Módulo Autorizado:.....

FECHA

Código de Autorización

Autorizado por:.....