

ORDEN DE INTERNACIÓN

APELLIDO Y NOMBRES		ORIGEN	Nº AFILIADO
--------------------	--	--------	-------------

PLAN	SEXO F M	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO	Nº DOCUMENTO
------	----------------	---------------------	------	--------------

DOMICILIO	TELEFONO
-----------	----------

LOCALIDAD	COD.	PARTIDO	COD.
-----------	------	---------	------

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	CODIGO	CATEGORIA
-----------------------------	--------	-----------

DOMICILIO	TELEFONO
-----------	----------

LOCALIDAD	COD.	PARTIDO	COD.
-----------	------	---------	------

APELLIDO Y NOMBRES DEL MEDICO QUE SUSCRIBE LA ORDEN	TIPO Y Nº MATRICULA
---	---------------------

DIAGNOSTICO Y/O MOTIVO DE LA INTERNACIÓN	CODIGO MODULO
--	---------------

PROPUESTA TERAPEUTICA	CODIGO MODULO
-----------------------	---------------

CLINICA		DESDE	HASTA
QUIRURGICA		DÍAS AUTORIZADOS	

URGENTE		CANTIDAD DE DÍAS AUTORIZADOS	
PROGRAMADA			

CODIGO MED AUD	CODIGO DELEGACION	CODIGO REGION
----------------	-------------------	---------------

FIRMA AFILIADO O FAMILIAR

FIRMA MEDICO AUDITOR IOMA

SELLO DELEGACIÓN

ACLARACION

TIPO Y Nº DNI

AFILIACIÓN VERIFICADA					
Nº Afiliado	Barra	Origen	Entidad	SCA	Fecha de Alta
Fecha de Verificación	Cod. Delegación	Firma y Aclaración del Interv.	Nº de Orden		