

**IOMA**  
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**



CONSULTA MÉDICA  
OFTALMOLÓGICA

Día	Mes	Año
Fecha de Realización		

Nº de Afiliadx
----------------

**IOMA**  **MAMI**

CONSULTA MÉDICA OFTALMOLÓGICA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**

Fecha de Prestación		
Día	Mes	Año

Apellido y nombre del niñx	Edad	Nº de Afiliadx
Apellido y nombre del Afiliadx directx	Nº de Afiliadx	

EPO	EPE

Firma del Afiliadx directx o tercerx

Firma y Sello Médicx