

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



PRÁCTICA AMBULATORIA  
DE DIAGNÓSTICO

Día	Mes	Año
Fecha de Realización		

Nº de Afiliadx
----------------

**IOMA**  **MAMI**

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**

**PRÁCTICA AMBULATORIA DE DIAGNÓSTICO**  
**HONORARIOS Y GASTOS**

Apellido y nombre	Número Afiliadx
-------------------	-----------------

Rp/	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
<b>OEA</b> Otoemisiones acústicas						
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

EPO	EPE

Firma Afiliadx
----------------

Firma y Sello Médicx
----------------------