



ORDEN DE INTERNACIÓN

APELLIDO Y NOMBRES	ORIGEN	N° AFILIADO
--------------------	--------	-------------

PLAN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">F</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">M</td></tr> </table>	F	M	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO	N° DOCUMENTO
F							
M							

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 N° 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		CODIGO MED AUD	CODIGO DELEGACION	CODIGO REGION
PROGRAMADA						

FIRMA AFILIADO O FAMILIAR

FIRMA MEDICO AUDITOR IOMA

SELLO DELEGACIÓN

ACLARACION

TIPO Y N° DNI

AFILIACIÓN VERIFICADA					
N° Afiliado	Barra	Origen	Entidad	SCA	Fecha de Alta
Fecha de Verificación	Cod. Delegación	Firma y Aclaración del Interv.		N° de Orden	