PLANILLA DE ASISTENCIA

**OSFATUN**

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO: …………………………………………………………………………

EDAD: …………………….

AFILIADO Nº: ………………………………………………………………………………………………………

DIAGNOSTICO: ……………………………………………………………………………………………………

TIPO PRESTACION: ………………………………………………………………………………………………

Prestaciones del mes de ……………………….. del año …….-

FECHAS ATENCION FIRMA DEL PACIENTE

…………………………… ……………………………

 …………………………… ……………………………

…………………………… ……………………………

 …………………………… ……………………………

 …………………………… ……………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO PROFESIONAL