



FORMULARIO SOLICITUD MODIFICACIÓN

Completar el formulario, descargarlo, hacerlo firmar por una autoridad o auditor de la DOS.

Marque con una X el sistema al que corresponde la solicitud:

INTERNADO	AUTORIZACIONES	FACTURACION
	SOLICITUD DE PRACTICA	OTRO

SOLICITUD

AGREGAR REGISTRO	ANULAR	ELIMINAR
	MODIFICAR	OTRO

POR FAVOR, DEREALLE SOLICITUD (es de suma importancia que se indique claramente los datos)

COMENTARIO CLINICA SOLICITANTE (Fundamentar lo solicitado):

FIRMA Y SELLO SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR

COMENTARIO ÁREA INFORMÁTICA DE LA DOS

FECHA DE REALIZACIÓN:\_\_\_\_\_

COMENTARIO DE CAMBIOS REALIZADOS:

IMPORTANTE:

NOTA: LA PRESENTE SOLICITUD DEBERÁ SER AUTORIZADA CON FIRMA POR ALGÚN MÉDICO AUDITOR O AUTORIDAD DE LA D.O.S. SIN EXCEPCIÓN.