

# ORDEN DE ATENCIÓN N°008185

DNI: 11334466	Paciente: prueb prueba prueba	Fech. Nac: 10/10/1990
Fecha de Atención: 29/11/2019	Lugar de Atención: CENTRO MEDICO RED-SALUD	
Servicio: Sala de Emergencias		

**CONDICIONES DEL PLAN: Contigo Salud 12 meses**

**SALA DE EMERGENCIAS:** Todos los servicios derivados de la emergencia., Hasta (S/.) 1000

**Motivo de atención**

---

**Tratamiento (El plan sólo cubre medicamentos en su presentación genérica)**

[illegible]

Proveedor del Servicio

Titular y/o Paciente

\* Mediante el presente autorizo a Red Salud se le proporcione toda información que requiera para la evaluación de la atención.