

### ORDEN DE ATENCIÓN N°

|                               |                                            |            |
|-------------------------------|--------------------------------------------|------------|
| DNI:                          | Paciente:                                  | Fech. Nac: |
| Fecha de Atención: 01/01/1970 | Lugar de Atención: CENTRO MEDICO RED-SALUD |            |
| Especialidad:                 |                                            |            |

### CONDICIONES DEL PLAN:

#### Motivo de consulta

|  |
|--|
|  |
|--|

#### Exámen Físico / Historia Actual

|          |     |                 |           |           |
|----------|-----|-----------------|-----------|-----------|
| PA:      | FC: | FR:             | Peso(kg): | Talla(m): |
| Cabeza:  |     | Piel y Faneras: |           |           |
| CV:RC:   |     | TP:MV:          |           |           |
| Abdomen: |     |                 | RHA:      |           |
| Neuro:   |     |                 |           |           |

#### Diagnóstico

|  |
|--|
|  |
|--|

#### Tratamiento (Según el primer diagnóstico, cubiertos sólo en presentación genérica)

| Medicamento | Cantidad | Dosis |
|-------------|----------|-------|
|             |          |       |
|             |          |       |
|             |          |       |

\_\_\_\_\_  
Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Titular y/o Paciente

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

**ORDEN DE MEDICAMENTOS**

Paciente:

Orden Atención N°:

DNI:

Fecha Atención: 01/01/1970

Lugar Atención: CENTRO MEDICO RED-SALUD

**CONDICIONES DEL PLAN:**

MEDICAMENTOS GENÉRICOS:

Diagnóstico

Tratamiento:

Cubiertos (el plan sólo cubre medicamentos en su presentación genérica)

| Medicamento | Cantidad | Dosis |
|-------------|----------|-------|
|             |          |       |
|             |          |       |
|             |          |       |
|             |          |       |

No Cubiertos

| Medicamento | Cantidad | Dosis |
|-------------|----------|-------|
|             |          |       |
|             |          |       |
|             |          |       |
|             |          |       |

Médico Tratante

Titular y/o Paciente

\* El plan no cubre vitaminas ni ansiolíticos.

\* La presente orden de medicamentos tiene validez por 7 días.

**Es obligatorio el registro de los eventos de laboratorio por parte del Centro Médico.**

**Si tuviera algun problema o consulta, puede comunicarse con Red-Salud.**

**Central Telefónica: (01) 445-3019. RPM: #999908022. Email: contacto@red-salud.com**