

tipo: 1

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 | |
| Especialidad: Ginecología | | |

CONDICIONES DEL PLAN: Contigo Salud 12 meses

CONSULTA MÉDICA: Medicina General, Pediatría, Ginecología o Urología.

, Copago (S/.) 8

MEDICAMENTOS GENÉRICOS: Medicamentos genéricos de acuerdo al motivo principal en consulta, Cobertura (%) 100

LABORATORIO: Exámenes de laboratorio de acuerdo al motivo principal en consulta., Cobertura (%) 100

IMAGENOLOGÍA: De acuerdo al motivo principal en consulta, Hasta (S/.) 200

CHEQUEO PREVENTIVO: Chequeo médico infantil o adulto previa coordinación con red salud.

Chequeo adulto: cita con médico general, control de peso, talla, hemograma.

Chequeo infantil: control de peso, talla, hemoglobina, parasitológico simple y test de Graham.

, Cobertura (%) 100

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



Red Salud

Un mundo de posibilidades para tu salud

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

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Paciente: prueb prueba prueba

Orden Atención N°: 008185

DNI: 11334466

Fecha Atención: 29/11/2019

Lugar Atención: CENTRO MEDICO RED-SALUD

CONDICIONES DEL PLAN: Contigo Salud 12 meses

MEDICAMENTOS GENÉRICOS: Medicamentos genéricos de acuerdo al motivo principal en consulta, Cobertura (%)
100

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