

**ORDEN DE ATENCIÓN N°008186**

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: Servicios derivados de la emergencia.

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

**Motivo de la atención**[illegible]

### Profesioa Tratante

**Titular y/o Paciente**

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