

COMPROBANTE DE ATENCION DE BENEFICIARIOS DE AGENTES DEL SEGURO DE SALUD							Fecha		
Denominación HPdGD							Codigo HPdGD – REFES		
Datos del Beneficiario									
APELLIDO Y NOMBRES						DNI Numero			
Tipo de Beneficiario				Parentesco			Sexo		Edad
Titular	Familiar	Adheren.	Otro	Cónyuge	Hijo	Otro	F	M	
TIPO DE ATENCIÓN						Fecha de Prestación			
CONSULTA		Especialidad							
		Diagnostico							
PRACTICA		Codigos NHPdGD							
INTERNACION		DIAGNOSTICO DE EGRESO CIE10	CODIGO PRINCIPAL		OTROS CODIGOS				
NHPdGD: Nomenclador Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada - CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades									
Firma del Médico y sello con N° de Matricula							Ultimo Recibo de Sueldo	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE DEL SEGURO DE SALUD						RNOS			
Firma Responsable Administrativo / Contable				Aclaración de la Firma			Firma del Beneficiario		