



PLANILLA DE AUDITOR EN TERRENO



Informe de Auditoría Médica N°

Lugar Fecha Hora

Apellido y Nombres DNI

Fecha Nac. Edad Domicilio CP

N° de Afiliado/..... Obligatorio A cargo obligatorio Voluntario A cargo voluntario

Lugar: Domicilio Sanatorio:

Otro:

Médico Tratante Indicación:

● En **SALA COMÚN** compartida (para 2 con baño):

AF. INTERNADO

Fecha de Ingreso Diagnóstico

HC Estudios Operado Operación Fecha

● En **INTERNACIÓN ESPECIAL:** Terapia Intensiva Terapia Intermedia

Fecha de Ingreso Diagnóstico

HC Estudios Operado Operación Fecha

Evolución Razón de permanencia Justifica:

INFORME

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma del Médico/a Auditor/a