



Planilla de Auditor en Terreno

Informe de Auditoría Médica N°

Lugar Fecha Hora

Apellido y Nombres DNI

Fecha de Nac. Edad Domicilio CP

N° de Afiliado / Obligatorio A Cargo Obligatorio Voluntario A Cargo Voluntario

Lugar: Domicilio Sanitario

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