Fecha: ...../...../.....

Sr. .....

Sírvase realizar.....
(Cantidad y clase de tratamiento)

.....

A gabinete/domicilio según receta adjunta del Dr. .....

Al afiliado Sr./Sra. .....Nº .....

.....
(Sello y firma de la delegación)

El afiliado deberá acreditar su identidad con el CARNET SOCIAL. Cada sesión deberá ser completada por el paciente, o familiar responsable, en el momento de la prestación del servicio.

SESIÓN Nº	FECHA	FIRMA	SESIÓN Nº	FECHA	FIRMA

EN EL CASO DE INYECTABLES SE DEBERÁ UTILIZAR JERINGA DESCARTABLE EXCLUSIVAMENTE.

A.M Nº 45 -Diseñado y diagramado en AMEBPBA - División Orientación y Difusión.