



Instituto de Obra ~~Medica~~ Asistencial

RESUMEN DE PRESTACIONES CONSULTAS AMBULATORIAS CATEGORIZADAS



**Gobierno de La
Provincia
de Buenos Aires**

HOJA N°



ENTIDAD _____

Apellido y Nombre del Profesional

Matrícula Provincial N°

Especialidad

Dirección y Teléfono

B – A CARGO DEL AFILIADO

CATEGORIA

C A CARGO DEL AFILIADO

[illegible]

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

OBSERVACIONES