

IOMA INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL	PLANILLA USO EXCLUSIVO TELECONSULTA EMERGENCIA SANITARIA	HOJA Nº	
 ENTIDAD	Apellido y Nombre del Profesional: Matrícula Provincial: Especialidad: Teléfono de Recepción:		

HORA	DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN	NÚMERO DE AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE	PARTIDO	DIAGNÓSTICO	DNI	TELÉFONO
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL								OBSERVACIONES		