

## • Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Apellido  Nombre

Sexo  D.N.I. N°  Fecha de Nacimiento

Estado civil  Legajo

Domicilio Calle  N°  Piso  Depto.

C.P.  Barrio  Localidad  Provincia

Teléfono  Email

## • Diagnóstico Principal

1. Tipo de cirugía  Urgencia  Programada  Internado  Ambulatorio

Lugar de internación (sanatorio o Clínica)	Dirección	Profesional tratante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar de entrega de prótesis - insumo especial (dirección)	Fecha de entrega	Responsable de recepción
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## • Descripción del material solicitado

Se debe acompañar formulario con receta original, copia de últimos estudios y/o practicas realizadas y breve resumen de Historia Clínica respaldatoria.

	Cantidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## • Datos de la institución y médico tratante

Institución solicitante  Domicilio

Apellido  Nombre

Especialidad  Matrícula  Teléfono

.....  
Firma y sello del profesional tratante

.....  
Firma y sello del profesional Auditor Médico

**• Informe médico auditor zonal**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**NOTA IMPORTANTE: En caso de ser urgencia, adjuntar al mismo 3 (tres) presupuestos de casas zonales para su evaluación.**

¿ En conformidad?  SI  NO

.....  
Firma y sello del profesional tratante

Pase a auditoría médica de DASUTeN Central ...../...../.....

**• Informe Auditor Médico Central**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Cobertura a cargo de DASUTeN  %

Cobertura a cargo de DASUTeN  %

¿ En conformidad?  SI  NO

.....  
Firma y sello del profesional tratante

Pase a Depto. de Facturación de DASUTeN Central ...../...../.....

.....  
Firma y sello del profesional tratante

.....  
Firma y sello del profesional Auditor Médico