

Datos del afiliado

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Tipo y número de documento	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	Teléfono	(<input type="text"/>) <input type="text"/>

Información a completar

Diagnóstico:

Prestación solicitada:

Resumen Historia Clínica:

Firma y sello Médico solicitante

Fecha

Informe de Auditoría Médica de IOSPER

Firma y sello Médico Auditor