

# Reserva Tratamientos especiales de Hospital de Día



|                    |       |                      |
|--------------------|-------|----------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE: |       |                      |
| DNI:               | EDAD: | FECHA DE NACIMIENTO: |
| COBERTURA MÉDICA:  |       | N° DE AFILIADO:      |
| DIAGNÓSTICO:       |       |                      |

Solicito autorización para efectuar infusión de terapia específica en Hospital de Día ambulatorio / internación del Sanatorio Las Lomas.

|                               |
|-------------------------------|
| FECHA DE RESERVA DE INFUSIÓN: |
| TIEMPO ESTIMADO DE INFUSION:  |

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO

\_\_\_\_\_  
FECHA