



# CENTRO MEDICO PUEYRRREDON

MEDICINA PREPAGA

Casa Central: Av. Pueyrredón 1341. C.A.B.A. Tel.: 4116-6000

## PRESUPUESTO PARA PRESTADORES

Nombre y apellido del asociado: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Sanatorio: ..... Plan y matrícula: .....

Cirujano: Dr: .....

1er ayudante: Dr: ..... 2º ayudante: Dr: .....

Anestesiista: Dr: ..... Instrumentadora: .....

Cardiólogo:(monitoreo) Dr:.....

Operación efectuada: .....

Nº de código del nomenclador nacional: .....

Nº de visitas al sanatorio: ..... Fecha de visitas: ..... / ..... / .....

.....  
Aclaración de firma

.....  
Firma

.....  
Nº de matrícula



# CENTRO MEDICO PUEYRRREDON

MEDICINA PREPAGA

## PROTOCOLO OPERATORIO

Nombre y apellido del asociado: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Sanatorio: ..... Plan y matrícula: .....

Cirujano: Dr: .....

1er ayudante: Dr: ..... 2º ayudante: Dr: .....

Anestesiista: Dr: ..... Instrumentadora: .....

Cardiólogo: Dr: .....

Diagnóstico Operatorio: .....

Operación efectuada: .....

Transfusión de sangre: .....

Radiología intraoperatoria: .....

Complicaciones intraoperatorias: .....

.....  
Aclaración de firma

.....  
Firma

.....  
Nº de matrícula