



ORDEN DE PRESTACION AMBULATORIA

FECHA:

H.C.: **A*******

LEGAJO:

Paciente:

Documento:

Sexo:

Edad:

Nro de Carnet:

Parentesco:

Tipo de beneficio:

Titular:

Documento:

Sexo:

Edad:

Domicilio:

Obra social:

Tel:

Nro. de Carnet:

Fecha de Emisión: / /

Empresa:

Oficio:

Domicilio:

Fecha del último recibo de sueldo: / /

Servicio:

Médico:

DIAGNÓSTICO: *Expuesto Perimortal*

PRESCRIPCION:

CODIGO:

FECHA:

Firma Médico y sello

Firma y Aclaración Resp. Hospital

Carácter de acompañante:

Tipo y N° de documento

Conforme Beneficiario:



ORDEN DE PRESTACION AMBULATORIA

FECHA:

H.C.:

LEGAJO:

Paciente:

Documento:

Sexo:

Edad:

Nro de Carnet:

Parentesco:

Tipo de beneficio:

Titular:

Documento:

Sexo:

Edad:

Domicilio:

Obra social:

Tel:

Nro. de Carnet:

Fecha de Emisión: / /

Empresa:

Oficio:

Domicilio:

Fecha del último recibo de sueldo: / /

Servicio:

Médico:

Fecha:

SEÑORES PADRES:

Usted puede sacar turno para Consultorio Externo de la siguiente manera:

- WEB: www.garrahan.gov.ar

(Respuesta a partir de los 5 días hábiles desde la recepción)

- FAX: (011) 4308-3988/4021

(Respuesta a partir de los 5 días hábiles desde su recepción)

Solicite informes y/o Formulario para envío de Fax, en Central de Turnos.

- TELEFONICAMENTE: (011) 4941-7962/3935 ó (011) 4308-3487

De Lunes a Viernes de 08 a 19 hs.

- PERSONALMENTE: De Lunes a Viernes de 08 a 15.30 hs.

IMPORTANTE: Si tiene una orden solicitando sobretorno, puede pedirlo únicamente adjuntando el pedido del médico por fax, personalmente o por internet.

RECUERDE: Traer DNI, Carnet de Obra Social o Prepaga, último Recibo de Sueldo.

EL PACIENTE DEBE CONCURRIR AL HOSPITAL ACOMPAÑADO POR UN ADULTO RESPONSABLE.



ORDEN DE PRESTACION AMBULATORIA

FECHA:

H.C.:

LEGAJO:

Paciente:

Documento:

Sexo:

Edad:

Nro de Carnet:

Parentesco:

Tipo de beneficio:

Titular:

Documento:

Sexo:

Edad:

Domicilio:

Obra social:

Tel:

Nro. de Carnet:

Fecha de Emisión: / /

Empresa:

Oficio:

Domicilio:

Fecha del último recibo de sueldo: / /

Servicio:

Médico:

Fecha:

SEÑORES PADRES:

Usted puede sacar turno para Consultorio Externo de la siguiente manera:

- WEB: www.garrahan.gov.ar

(Respuesta a partir de los 5 días hábiles desde la recepción)

- FAX: (011) 4308-3988/4021

(Respuesta a partir de los 5 días hábiles desde su recepción)

Solicite informes y/o Formulario para envío de Fax, en Central de Turnos.

- TELEFONICAMENTE: (011) 4941-7962/3935 ó (011) 4308-3487

De Lunes a Viernes de 08 a 19 hs.

- PERSONALMENTE: De Lunes a Viernes de 08 a 15.30 hs.

IMPORTANTE: Si tiene una orden solicitando sobretorno, puede pedirlo únicamente adjuntando el pedido del médico por fax, personalmente o por internet.

RECUERDE: Traer DNI, Carnet de Obra Social o Prepaga, último Recibo de Sueldo.

EL PACIENTE DEBE CONCURRIR AL HOSPITAL ACOMPAÑADO POR UN ADULTO RESPONSABLE.

Diagnóstico: Expuesto perinatal
A la infección HIV

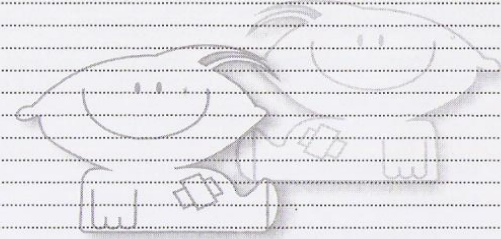
Diagnóstico: Expuesto perinatal
Al HIV

Prescripción	Código	Fecha
--------------	--------	-------

Prescripción	Código	Fecha
--------------	--------	-------

- PCR HIV
- CARGA VIRAL HIV
- (LABORATORIO BIOLÓGICA CELW
LAB Y RETROVIRUS)

- PCR HIV
- (LABORATORIO BIOLÓGICA
CELW LAB Y RETROVIRUS)



(10 muestras)
en el día

2º muestra
dd/mm/año
de extracción

Firma Médico
DEBORA MECHKOVSKY
MEDICA INFECTOLOGA
M. N. 77.899

Firma y Aclaración Resp. Hospital

Firma Médico y sello
DEBORA MECHKOVSKY
MEDICA INFECTOLOGA
M. N. 77.899

Firma y Aclaración Resp. Hospital

Conforme Beneficiario:

Firma y Sello Servicio

Conforme Beneficiario:

Firma y Sello Servicio

Carácter de acompañante:

Carácter de acompañante:

Tipo y N° de documento:

Tipo y N° de documento: