

PLANILLA DE ASISTENCIA

OSFATUN

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:

EDAD:

AFILIADO Nº:

DIAGNOSTICO:

TIPO PRESTACION:

Prestaciones del mes de del año

FECHAS

ATENCION FIRMA DEL PACIENTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL