

COMPROBANTE DE ATENCIÓN DE BENEFICIARIOS DE AGENTES DEL SEGURO DE SALUD							FECHA			
DENOMINACIÓN HPdGD										
							CÓDIGO HPdGD - REFES			
DATOS DEL BENEFICIARIO										
APELLIDO Y NOMBRES							DNI N°			
TIPO DE BENEFICIARIO				PARENTESCO			SEXO		EDAD	
TITULAR	FAMILIAR	ADHERENTE	OTRO	CONYUGUE	HIJO	OTRO	F	M		
TIPO DE ATENCIÓN							FECHA DE PRESENTACIÓN			
CONSULTA		ESPECIALIDAD								
		DIAGNÓSTICO								
PRÁCTICA		CÓDIGO NHPdGD								
INTERNACIÓN		DIAGNÓSTICO DE EGRESO CIE 10		CÓDIGO PRINCIPAL			OTROS CÓDIGOS			
NHPdGD: NOMENCLADOR HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA CIE 10 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES										
FIRMA DEL MÉDICO Y SELLO CON N° DE MATRÍCULA							ÚLTIMO RECIBO			
							MES		AÑO	
NOMBRE DEL AGENTE DEL SEGURO DE SALUD							RNOS			
FIRMA RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE				ACLARACIÓN DE LA FIRMA			FIRMA DEL BENEFICIARIO			

RESOLUCIÓN N° 635/2015 – Ministerio de Salud de Nación

NOMBRE DEL HOSPITAL:			
Nº DE CÓDIGO REFES-SISA:			
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	
CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:		FAX:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
JURISDICCIÓN:			
C.U.I.T.:			
DENOMINACIÓN DE CUENTA BANCARIA:			
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA:			
C.B.U.:			
IMPORTE TOTAL EN PESOS:			
FECHA:			
Director FIRMA y SELLO:		SELLO de la DEPENDENCIA	

