

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			