

PLANILLA DE ATENCION KINESIOLOGIA - PAMI

CRONICOS

Profesional:..... M.P.:..... Periodo:.....

CANT SES

Nro	Fecha	Número de Afiliado												Apellido y Nombre	Edad	Fecha Presc.	CANT SES		Nº OP
																	AMB	DOM	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

Resumen de Prestaciones	
Cod	Cant
AMBULATORIO	
DOMICILIO	
TOTAL	

<u>NRO. LOTE</u>	Observaciones: