



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA QUIRÚRGICA**

**HONORARIOS MÉDICOS - EQUIPO QUIRÚRGICO**

PACIENTE

OBRA SOCIAL

AFILIADO Nº

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

CONDICIÓN DEL AFILIADO:  VOLUNTARIO  OBLIGATORIO

**SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA SIGUIENTE PRÁCTICA**

DIAGNÓSTICO

LUGAR DE INTERNACIÓN

FECHA ESTIMADA DE LA PRÁCTICA

**CODIGOS PARA FACTURAR HONORARIOS**

CÓDIGO NOMENCLADOR   
  
 NIVEL

CIRUGÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA  SI  NO

FACTURA USO DE EQUIPO VIDEOLAPAROSCÓPICO  SI  NO

AYUDANTES: 1  2  3

OBSERVACIÓN

FECHA

.....  
Firma y sello del Profesional solicitante

**ESPACIO PARA LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE**