



## CERTIFICADO PARA BENEFICIOS DE SOLIDARIDAD POR CIRUGÍA Y TERAPIA

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular \_\_\_\_\_ Socio N°: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**Motivo de Internación en Terapia:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cirugía Realizada:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anestesia**

General

Peridural

Raquídea

Regional

Local

**Breve resumen del Historial Clínico:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Internación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Días de Internación: \_\_\_\_\_

Se prescribe reposo domiciliario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ N° de Registro: \_\_\_\_\_

Lugar del Acto Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Médico Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Director/Jefe de Area  
Institución**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración de Firma**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración de Firma**

\_\_\_\_\_  
**Vo Bo Auditor Médico**