



**SEMPRE**

Servicio Médico Previsional  
Instituto de Seguridad Social  
Provincia de La Pampa

*“El Río Atuel también es Pampeano”*

Sr.  
Gerente General del  
Servicio Médico Previsional  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Lugar y fecha.....

Por la presente solicito a Usted la derivación de:

Apellido y Nombre: .....

Afiliado N°: ..... Edad: .....

al Establecimiento Asistencial ..... de  
la ciudad de .....

SERVICIOS	TURNO	HORA	MEDICO
1° .....	...../...../.....	.....:.....	.....
2° .....	...../...../.....	.....:.....	.....
3° .....	...../...../.....	.....:.....	.....
4° .....	...../...../.....	.....:.....	.....
5° .....	...../...../.....	.....:.....	.....

De autorizarse por auditoría médica concurriré acompañado por:

1° ACOMP:..... PARENTESCO..... EDAD..... DNI.....

2° ACOMP:..... PARENTESCO..... EDAD..... DNI.....

**(IMPORTANTE: el hecho de solicitarlo no implica su autorización)**

(Indicar la opción con una X)

<b>ATENCIÓN</b>	VIRTUAL <input type="checkbox"/>	PRESENCIAL <input type="checkbox"/>
<b>HOTEL</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>AMBULANCIA</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

\*La Ayuda económica para traslado será transferida a la cuenta del afiliado titular\*

Saludo a Usted. Atentamente.

FIRMA af. titular: ..... ACLARACIÓN:.....

N° DE AFILIADO:..... DOMICILIO:.....

TELÉFONO:..... MAIL:.....

**Firmar en anverso y reverso**

Anotado: