

# Auditoría Compartida IOSPER – ACLER

Fecha...../...../.....

Afiliado:.....

Nº Documento:..... Edad:.....

Domicilio:.....

Localidad:..... Teléfono:.....

Ambulatorio  Urgencia

Internación  .....

Prestación solicitada:.....

Establecimiento Prestador:.....

Profesional Solicitante:.....

Datos Clínicos:.....

Estudios Previos:.....

Impresión Diagnóstica:.....

## Auditoría

Fecha...../...../.....

.....  
Firma y Sello  
IOSPER

.....  
Firma y Sello  
ACLER

## Pase a comisión de seguimiento

.....  
Firma y Sello  
IOSPER

.....  
Firma y Sello  
ACLER

## Trámite