Consentimiento IOMA Modalidad No presencial

Orientación a Padres Cod. 330101C

Apellido, nombre y matricula del prestador:

Nombre y Apellido del paciente menor de 13 años:

Nro de Afiliado:

Teléfono:

Nombre y Apellido del adulto responsable:

Fechas de Atención:

Copago por consulta: $100

Firma: