

AVAL DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN DEL PACIENTE

Fecha: ___/___/___

Por la presente se deja constancia que la siguiente persona:

N° de documento: _____ -- ___
1er nombre _____
2do nombre _____
1er apellido _____
2do apellido _____
N° de socio o usuario: _____

es socio o usuario de esta institución y por lo tanto beneficiario de la cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos, quien le financiará el siguiente acto médico:

Acto médico: _____ _____

Nombre de la Institución

Sello de la institución

Director

Firma