

## CERTIFICACION DE LA INTERVENCION

Por el presente certifico que el día / / he realizado a \_\_\_\_\_  
LE/LC/DNI/CI N° \_\_\_\_\_ la intervención quirúrgica que se detalla a continuación  
Nombre de las intervenciones realizadas \_\_\_\_\_

Código de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales) \_\_\_\_\_

Diagnósticos /Datos relevantes de la historia clínica \_\_\_\_\_

Fecha inicio enfermedad \_\_\_\_\_

### Datos del profesional interviniente:

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

Número de matrícula provincial: \_\_\_\_\_

Número de matrícula nacional: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Datos del establecimiento asistencial:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Documentación médica a presentar:

- Fotocopia historia clínica completa.
- Fotocopia de resultados de estudios pre-quirúrgicos.
- Fotocopia de protocolo quirúrgico.
- Fotocopia de informe anatomopatológico.
- Resumen de historia clínica con resolución de tratamiento.
- Informes médicos evolutivos.
- Fotocopias de facturas abonadas.
- Certificado de nacido vivo.

### Documentación complementaria:

- Fotocopia documento de identidad.

### Plazo de presentación:

30 días a partir de la fecha del evento

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del responsable  
del establecimiento asistencial