Anexo I **RESUMEN DE CONSULTAS Y PRÁCTICAS**

Mes:
Año:

Prestador: Especialidad: Matrícula:

OBRA SOCIAL:
(Deberá confeccionar una planilla por APSOT y otra por FSST)

Fecha de prestación	N° de Afiliado	Letra	Apellido y nombre	Voluntario/ obligatorio	Ambulatorio / Domicilio / Internación	Práctica realizada	Código de Prestación	Diagnóstico	Firma afiliado
Firma	Prestador								
Sello									