

## 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