



COSMITET LTDA.
Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM & Cia

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

No. Carné _____ Fecha Año Mes Día Caducidad 72 Horas

Examen Solicitado _____

No. Examen Solicitado () _____

Resumen Datos Clínicos _____

Recomendaciones _____

Nombre Médico Especialista

Firma Beneficiario

Nota: Favor firmar cuando haya recibido el servicio a satisfacción