

Instructivo para atención nutricional DASUTeN

Toda persona afiliada a DASUTeN que solicite la atención del prestador Lic. en Nutrición deberá al momento de la consulta, presentar:

- **1º Consulta – ANAMNESIS:**
 - Derivación médica (Rp/) del médico tratante.-
 - Orden de Práctica de Dasuten (anexo I).-

- **Plan Alimentario:**
 - Pedido de la/él nutricionista (Rp/) del Plan alimentario con todos los datos completos del afiliado (nombre y apellido, Dasuten y nº de afiliado), diagnóstico, firma y sello de la/él profesional.-
 - Orden de Práctica de Dasuten (Anexo II).-

- **Controles:**
 - Orden de Consulta.- (La/él profesional deberá completar los datos solicitados en “**Datos a completar por el Prestador**”).-

UTILICEMOS LOS BONOS RESPONSABLEMENTE

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL
D.A.S.U.Te.N.

Serie G

1195590

TALON PARA EL PRESTADOR

Fecha Emisión: 03/08/2016

ORDEN DE PRACTICA

Cod: 4

Delegación: Facultad Regional Córdoba



N° Credencial: 14-079951/00

Apellido y Nombre: EPPENS, MARIA PIA.

Edad: 46

Tipo y N° DNI: DU-21104480

Tipo Af.: Titular

Plan.: GENERAL

Sexo: F

Prestador o Medico Solicitante: -

Lugar de Realización Tipo de Practica

Domicilio Urgente

Consultorio Programada

Prestador o Profesional Actuante: 459-Colegio de Nutricionistas de la Prov de Córdoba

Diagnostico o motivo de la Practica:

NOTA: CONSTE/ que presto mi formal consentimiento y además solicito especialmente que se informe a la Auditoria Médica de la D.A.S.U.Te.N. la orientación diagnóstica de mis patologías, relevando al profesional interviniente de toda responsabilidad al respecto. De acuerdo a Convenio vigente no debo abonar plus o Adicional.

DNI:

Firma y Aclaración del Beneficiario en Conformidad

Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.

PRACTICA INDICADA

Cant.

Precio Unitario

Precio Total

1) ENTREVISTA DE ADMISION

1

2)

3)

4)

5)

Sello Autorizante
D.A.S.U.Te.N.Firma Autorizante
D.A.S.U.Te.N.

Firma y Sello del Prestador Interviniente

ANEXO II

UTILICEMOS LOS BONOS RESPONSABLEMENTE

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL
D.A.S.U.Te.N.

Serie G

1195591

TALON PARA EL PRESTADOR

Fecha Emisión: 03/08/2016

ORDEN DE PRACTICA

Cod: 4

Delegación: Facultad Regional Córdoba



N° Credencial: 14-079951/00

Apellido y Nombre: EPPENS, MARIA PIA.

Edad: 46

Tipo y N° DNI: DU-21104480

Tipo Af.: Titular

Plan.: GENERAL

Sexo: F

Prestador o Medico Solicitante: -

Lugar de Realización Tipo de Practica

Domicilio Urgente

Consultorio Programada

Prestador o Profesional Actuante: 459-Colegio de Nutricionistas de la Prov de Córdoba

Diagnostico o motivo de la Practica:

NOTA: CONSTE/ que presto mi formal consentimiento y además solicito especialmente que se informe a la Auditoria Médica de la D.A.S.U.Te.N. la orientación diagnóstica de mis patologías, relevando al profesional interviniente de toda responsabilidad al respecto. De acuerdo a Convenio vigente no debo abonar plus o Adicional.

DNI:

Firma y Aclaración del Beneficiario en Conformidad

Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.

PRACTICA INDICADA

Cant.

Precio Unitario

Precio Total

1) REGIMEN INDIVIDUAL-MENU DIETET

1

2)

3)

4)

5)

Sello Autorizante
D.A.S.U.Te.N.Firma Autorizante
D.A.S.U.Te.N.

Firma y Sello del Prestador Interviniente