

# Órdenes de consulta

Se informa que a partir del **1 de diciembre de 2025** los **bonos de consultas contarán con fecha de vencimiento** a los 60 días de su emisión. Los mismos podrán ser solicitados a través de la app MiDASUTEN o a través de tu delegación regional.

modelo del nuevo bono

|                                                                             |                                                   |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha Emisión: <b>27/11/2025</b><br>Fecha de vencimiento: <b>26/01/2026</b> | <b>ORDEN DE CONSULTA</b>                          | <br>09901112248 |
| Cod: 90<br>Delegación: <b>D.A.S.U.Te.N Central</b>                          |                                                   |                                                                                                      |
| Nº Credencial : <b>01-99999/00</b>                                          | Apellido y Nombre: <b>PEREZ, ALEJANDRO MANUEL</b> | Sexo: <b>M</b>                                                                                       |
| Tipo y Nº de Doc: <b>DU-26957629</b>                                        | Tipo Afiliado : <b>Titular</b>                    | Plan: <b>GENERAL</b>                                                                                 |
|                                                                             |                                                   | Edad: <b>47</b>                                                                                      |

## Datos a Completar por el Prestador

|                                       |                                        |                                          |                                           |                                                                                       |
|---------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha Prestación<br>...../...../..... | Diagnóstico<br>.....<br>.....<br>..... | Firma del Beneficiario<br>en conformidad | Firma y sello del<br>profesional actuante |  |
| Lugar de Atención                     |                                        |                                          |                                           | Orden Válida por 60<br>días desde su fecha<br>de emisión.                             |

**NOTA:** CONSTE/ que presto mi formal consentimiento y además solicito especialmente que se informe a la Auditoría 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.

