

REGISTRO DE PACIENTES PARA CONSULTAS Y PRACTICAS

Nombre y Apellido del profesional: _____ N° Mat.: _____ Domicilio del consultorio: _____ Tel.: _____

Hoja N°: _____ Especialidad: _____ Período facturado: _____

N° de Orden	Fecha	Numero de socio	Apellido y nombre del socio	Practica	Diagnostico	Firma del socio
01		800006				
02		800006				
03		800006				
04		800006				
05		800006				
06		800006				
07		800006				
08		800006				
09		800006				
10		800006				
11		800006				
12		800006				
13		800006				
14		800006				
15		800006				
16		800006				

Número de boletín consultado: _____

Firma del profesional: _____