H.R.R.G.

HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

FORMULARIO Nº 372

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES - SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA - HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Informe Diario de Consultas Médicas

Apellido y Nombre del Médico:.....Servicio:.....Fecha:...../...../..... Tipo de Hoja Nº.....

Historia Clínica Nº	Nombre y Apellido	Consultas		Hora Turnos	Obra Social	Nacionalidad	Residencia Habitual	Edad y Sexo	Diagnostico 1	Vez		Diagnostico 2	Vez		Diagnostico 3	Vez		Diagnostico 4	Vez	
		N	R							1	U1t		1º	U1		1º	U1t		1º	U1t

Arg.	
Ch.	
Otros	

Pacientes con Obra Social	
Carenciado	
Particulares	
Total de Pacientes	

Total General	Mas. ◯ Fem. ◯	Total

.....
Firma y Aclaración del Profesional