



Ministerio de
Salud
Gobierno de Santa Cruz

CONSULTORIOS EXTERNOS

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

FECHA

--	--	--

Paciente:.....

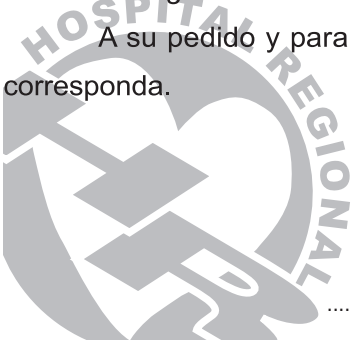
DNI:.....H.C.:.....

Sexo:..... EDAD:.....

R/p.

Se deja constancia que el paciente arriba mencionado fue asistido en el día de la fecha en el Servicio de Oftalmología de este hospital.

A su pedido y para ser presentado ante quien corresponda.



.....
Firma y sello profesional



Ministerio de
Salud
Gobierno de Santa Cruz

CONSULTORIOS EXTERNOS

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

FECHA

--	--	--

Paciente:.....

DNI:.....H.C.:.....

Sexo:..... EDAD:.....

R/p.

Se deja constancia que el paciente arriba mencionado fue asistido en el día de la fecha en el Servicio de Oftalmología de este hospital.

A su pedido y para ser presentado ante quien corresponda.



.....
Firma y sello profesional



Ministerio de
Salud
Gobierno de Santa Cruz

CONSULTORIOS EXTERNOS

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

FECHA

--	--	--

Paciente:.....

DNI:.....H.C.:.....

Sexo:..... EDAD:.....

R/p.

Se deja constancia que el paciente arriba mencionado fue asistido en el día de la fecha en el Servicio de Oftalmología de este hospital.

A su pedido y para ser presentado ante quien corresponda.



.....
Firma y sello profesional



Ministerio de
Salud
Gobierno de Santa Cruz

CONSULTORIOS EXTERNOS

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

FECHA

--	--	--

Paciente:.....

DNI:.....H.C.:.....

Sexo:..... EDAD:.....

R/p.

Se deja constancia que el paciente arriba mencionado fue asistido en el día de la fecha en el Servicio de Oftalmología de este hospital.

A su pedido y para ser presentado ante quien corresponda.



.....
Firma y sello profesional