



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

INTERNADO
AMBULATORIO

Servicio:.....

H.C.:.....Cama:.....

Apellido y Nombre:.....

R/p.



Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

INTERNADO
AMBULATORIO

Servicio:.....

H.C.:.....Cama:.....

Apellido y Nombre:.....

R/p.



Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

INTERNADO
AMBULATORIO

Servicio:.....

H.C.:.....Cama:.....

Apellido y Nombre:.....

R/p.



Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

INTERNADO
AMBULATORIO

Servicio:.....

H.C.:.....Cama:.....

Apellido y Nombre:.....

R/p.



Firma