RENDICIÓN DE CONSULTAS Y PRÁCTICAS

PRESTADOR: ……

PERIODO: ……

PROFESIONAL: ……..…. CP-MATRICULA:…… ESPECIALIDAD:……

Nº	FECHA	N° AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE	Nº AUTORIZACION	DIAGNOSTICO EN LETRAS	TOKEN
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
HOJA Nº:	**OBSERVACIONES:**			**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL:**		