



PRÁC. AMB. DE LAB.
1° CONSULTA

Día	Mes	Año	Fecha de Realización	N° de Afiliadx

PRÁCTICA AMBULATORIA DE DIAGNÓSTICO

HONORARIOS

Apellido y Nombre			N° de Afiliadx					
Rp/			Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
Ecografía de caderas								
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Firma Afiliadx			Firma y Sello Médicx					



PRÁC. AMB. DE LAB.
1° CONSULTA

Día	Mes	Año	Fecha de Realización	N° de Afiliadx

PRÁCTICA AMBULATORIA DE DIAGNÓSTICO

GASTOS

Apellido y Nombre			N° de Afiliadx					
Rp/			Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
Ecografía de caderas								
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Firma Afiliadx			Firma y Sello Médicx					