



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
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
Firma Afiliadx			Firma y Sello Médicx			