



PRÁCTICAS AMBULATORIAS
DE LABORATORIO

Día		Mes		Año	
Fecha de Realización					

N° de Afiliadx	
----------------	--

PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO

Apellido y nombre			Número Afiliadx		
-------------------	--	--	-----------------	--	--

Prácticas	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
1.							
2.							
3.							

EPO			EPE		

Firma Afiliadx

Firma y Sello Bioquímico

Firma y Sello Médico