

**IOMA**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRESPrác. Amb. de Diagnóstico  
Tocoginecológico  
PAP

		Año
	Mes	
Día	Fecha de Realización	

N° de Afiliadx	

**IOMA**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES**PRÁCTICA AMBULATORIA DE DIAGNÓSTICO  
TOCOGINECOLÓGICO**

Apellido y Nombre				N° de Afiliadx			

Práctica	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
Extracción de Muestra para <b>PAP</b>							
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año


Firma y Sello Bioquímico

Firma y Sello Médico

**IOMA**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRESPrác. Amb. de Diag.  
Anatomopatológico  
PAP

		Año
	Mes	
Día	Fecha de Realización	

N° de Afiliadx	

**IOMA**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES**PRÁCTICA AMBULATORIA DE DIAGNÓSTICO  
ANATOMOPATOLÓGICO**

Apellido y Nombre				N° de Afiliadx			

Diagnóstico	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
PAP							
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

EPO	EPE

Firma Afiliadx

Firma y Sello Médico Prestador