

PLANILLA MÉDICA

Se deja constancia que el día/...../.....se atendió a:

Con DNI N°:y domicilio en:.....

arrojando los siguientes resultados:

PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS	SI	NO
PATOLOGÍAS BUCOFARÍNGEAS	SI	NO
ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	SI	NO
HEMOGRAMA COMPLETO Y ENZIMAS HEPÁTICAS	SI	NO
ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO DE ORINA	SI	NO
ENSAYO DE V. D. R. L.	SI	NO

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR:

EXAMEN CLÍNICO

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Válido por un (01) año, a partir de la fecha de emisión.

Sello y Firma Profesional Médico