

BOLETA DE CONTRA REFERENCIA

Número correlativo:

Nombre del Paciente:

prueba

Edad:

500

Sexo:

Masculino

Dirección del Paciente:

modificacion

Servicio que atendió:

prueba

Servicio a donde se contra refiere:

prueba

Resumen de la evolucion:

prueba

Tratamiento Brindado:

prueba

Diagnostico:

prueba

Recomendaciones:

perueba

Nombre y firma y cargo del responsable de la atencion

fecha del alta

6ta. Avenida 3-45 zona 11
Teléfono: P.B.X. 2444-7474