

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE:** | **FECHA:** |
| **EDAD:** | **MEDICO:** |
| **PROCEDIMIENTO:** | **ANESTESIOLOGO:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DR. JAHIR QUIROA**