

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_ CIS / UAPS: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Firma y Sello Jefe Odontología \_\_\_\_\_

