



Especialidad en Neumonología

Madriz & Asociados

Atención Integral



Fecha / /

Paciente: _____

Cl. N°: _____ Edad: _____

Rx.



Firma Médico Tratante

Sello



Especialidad en Neumonología

Madriz & Asociados

Atención Integral



Fecha / /

Paciente: _____

Cl. N°: _____ Edad: _____

Indicaciones:



Firma Médico Tratante

Sello