

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

**Centro Médico Familiar, Integral y Especialidades,
Diálisis “La Mariscal”**

CERTIFICADO DE ASISTENCIA A CONSULTA EXTERNA

Especialidad Médica: Neumólogo

Nombre del Paciente: Rivera Antol

Nombre Acompañante: _____

Fecha de la consulta: 29/09/2024

HORA DE INGRESO: 8:00 HORA DE SALIDA: _____

HORA DE SALIDA:

Firma
y sello

FIRMA DEL MÉDICO

CMFIEDM-ISS-ADSM-001