

CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS "COMITE DEL PUEBLO"
CERTIFICADO DE ASISTENCIA
QUITO a 22 de MONTO de 20 2 / .
Certifico que el/la paciente:
NOMBRES Y APELLIDOS: LONG CEDULA DE IDENTIDAD: NOMBRES Y APELLIDOS: LONG CONSULTA DE: ACUDIO A CONSULTA DE CONSULT