

CITAS

Nombre:

	Fecha	Turno	
<input type="checkbox"/> BAJA VISIÓN (Consulta) (Terapia visual) (Fisioterapia) (Psicología)	M	T
<input type="checkbox"/> CAMPIMETRÍA (Goldmann) (Computarizada)	M	T
<input type="checkbox"/> CATARATA (Consulta) (Est.)(Refracc.)	M	T
<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA GENERAL	M	T
<input type="checkbox"/> CONTACTOLOGÍA	M	T
<input type="checkbox"/> CORNEA (Consulta) (Tto) (Superficie Ocular)	M	T
<input type="checkbox"/> CURVA DE PRESIÓN	M	T
<input type="checkbox"/> ESTRABISMO (Cons.) (Est.) (PL) (Refracc.)	M	T
<input type="checkbox"/> GLAUCOMA (Cons.) (Refracc.) (Tto)	M	T
<input type="checkbox"/> LÁSER iridotomía - capsulotomía - SLT iridoplastia - fotocoagulación	M	T
<input type="checkbox"/> NEURO OFTALMOLOGÍA	M	T
<input type="checkbox"/> OCULOPLÁSTICA Y VÍA LAGRIMAL	M	T
<input type="checkbox"/> OFTALMOPEDIATRÍA	M	T
<input type="checkbox"/> PAQUIMETRÍA	M	T
<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA	M	T
<input type="checkbox"/> PRUEBA DE LUNAS	M	T
<input type="checkbox"/> REFRACCIÓN	M	T
<input type="checkbox"/> RETINA	M	T
<input type="checkbox"/> UVEÍTIS	M	T
<input type="checkbox"/> CONSULTA CIRUGÍA REFRACTIVA	M	T

Médico:

Firma:

Fecha:

REGISTRE SU CITA EN EL MÓDULO DE RECEPCIÓN

Si necesita una nueva cita o desea postergarla sírvase llamar al 044-287236

044-287236