



INSTITUTO REGIONAL
DE OFTALMOLOGÍA
Javier Servat Univazo



INTERCONSULTA

Al servicio de: _____

Resumen de la historia clínica:

Fecha

Hora

Firma y sello del médico

INFORME

Fecha

Hora

Firma y sello del médico

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

HC:

Edad: