

[Inicio](#)[Red de Salud](#)[Anular Reserva](#)[Revisa tu Examen](#)[Call Center](#)

Reserva de horas

3

Reserva de hora

Nombre**Teléfono****Correo**

Jueves

4

ENERO

Nombre de Profesional

MEDICINA GENERAL**12:00 horas**Centro de Salud **Santiago****Reservar Hora****Volver**

Reserva de horas

3

Reserva de hora

Tu hora ha sido reservada con éxito. Revisa el comprobante en tu correo.

Jueves

4

ENERO

Nombre de Profesional

MEDICINA GENERAL

12:00 horas

Centro de Salud Santiago

Realizar otra reserva

Anular Hora



Reserva de horas



3

Reserva de hora

Jueves

4

ENERO

Nombre de Profesional
MEDICINA GENERAL

12:00 horas

Centro de Salud **Santiago**

Nombre

Nombre y apellido

Teléfono

+56 9 00000000

Correo

Volver

Reservar hora

Reserva de horas



3

Reserva de hora

Jueves

4

ENERO

Nombre de Profesional
MEDICINA GENERAL

12:00 horas

Centro de Salud **Santiago**

Tu hora ha sido reservada con éxito.

Revisa el comprobante en tu correo.

Realizar otra reserva

Anular hora