

SECUENCIA DE FOTOGRAFIAS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE DICTAMEN: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____

FOTOGRAFIA N° _____

FOTOGRAFIA N° _____

El presente dictamen se entrega a la entidad solicitante, exonerando al Departamento de cualquier responsabilidad por la reproducción total o parcial del mismo.

Este documento debe contener 289 caracteres.