

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA Y ENDOSCOPIA
DIGESTIVA

MENDOZA, _____.

Dejo constancia que el paciente _____ con
DNI n° _____, asistió el día de la fecha para realización de procedimiento endoscópico bajo
anestesia general, y debe permanecer en reposo por 24 hs.

Atte.

Firma y Sello

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA Y ENDOSCOPIA
DIGESTIVA

MENDOZA, _____.

Dejo constancia que el paciente _____ con
DNI n° _____, asistió el día de la fecha para realización de procedimiento endoscópico bajo
anestesia general, y debe permanecer en reposo por 24 hs.

Atte.

Firma y Sello