

O. Social:

Paciente:

Afiliado N°:

Profesional:

M.P. /

Fecha: / /



O. Social:

Paciente:

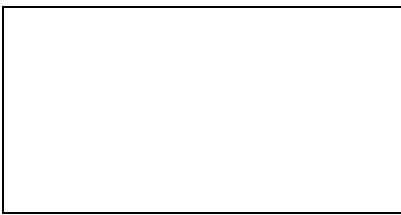
Afiliado N°:

Profesional:

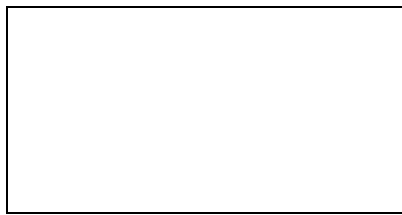
M.P. /

Fecha: / /

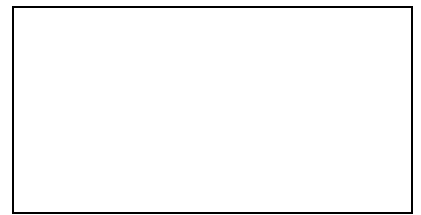




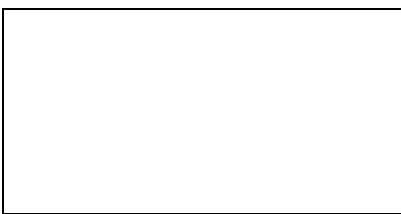
Nº de pieza:
Finalidad:
.....



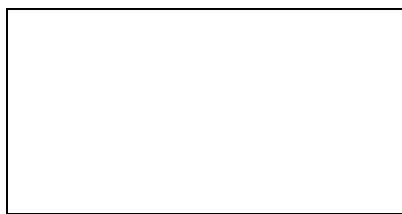
Nº de pieza:
Finalidad:
.....



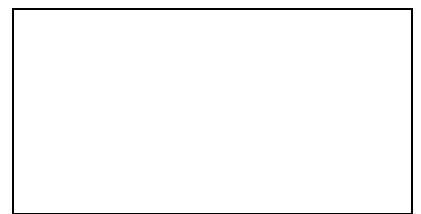
Nº de pieza:
Finalidad:
.....



Nº de pieza:
Finalidad:
.....



Nº de pieza:
Finalidad:
.....



Nº de pieza:
Finalidad:
.....