



DOCTOR/DOCTORA: _____



PACIENTE: _____



MOTIVO DE LA CONSULTA: _____



PRUEBAS REALIZADAS:

ANÁLISIS

☐

RADIOGRAFÍA

☐


DIAGNÓSTICO: _____



TRATAMIENTO RECOMENDADO:

HOSPITALIZACIÓN

☐

VACUNA

☐

JARABE

☐



DOCTOR/DOCTORA: _____



PACIENTE: _____



MOTIVO DE LA CONSULTA: _____



PRUEBAS REALIZADAS:

ANÁLISIS

☐

RADIOGRAFÍA

☐


DIAGNÓSTICO: _____



TRATAMIENTO RECOMENDADO:

HOSPITALIZACIÓN

☐

VACUNA

☐

JARABE

☐