

**REGISTRO DE PACIENTES PARA CONSULTAS Y PRACTICAS**

Nombre y Apellido del profesional: \_\_\_\_\_ N° Mat.: \_\_\_\_\_ Domicilio del consultorio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Hoja N°: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Período facturado: \_\_\_\_\_

N° de Orden	Fecha	No. de Ticket	Numero de socio	Apellido y nombre del socio	Practica	Diagnostico	Firma del socio
01			800006				
02			800006				
03			800006				
04			800006				
05			800006				
06			800006				
07			800006				
08			800006				
09			800006				
10			800006				
11			800006				
12			800006				
13			800006				
14			800006				
15			800006				
16			800006				

Número de boletín consultado: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Profesional: \_\_\_\_\_