

# FORMULARIO DE JUSTIFICACIÓN DE TERCERA CONSULTA

**CIUDAD..... FECHA.....**

## NOMBRE DE USUARIO:

**CÉDULA:**

## CÓDIGO CIE - 10 :

## **NOMBRE DE DIAGNÓSTICO :**

## **FECHA DE LA ATENCIÓN QUE JUSTIFICA :**

## **JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA TERCERA CONSULTA:**

(DESCRIBIR BREVEMENTE EL CUADRO CLÍNICO)

## **FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR**