Ecuasanitas

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