



PLANILLA DE ATENCION MEDICOS DE CABECERA

Profesional:..... MP:.....

	Fecha	Número de Afiliado										Apellido y Nombre	Edad	COD CIE	*C	*D	FIRMA
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

*C: Consultorio
 *D: Domicilio

Firma y Sello Profesional:.....