

Consulta solicitada a: _____ **Fecha:** _____

Motivo de la Consulta:

Diagnóstico:

Jefe Dpto.

Firma del Médico Tratante

INFORME

Fecha: _____

Médico Consultor

Apellido Paterno

Materno

Nombres

Nº de Historia

Departamento

Servicio

Nº de Cama



INTERCONSULTA

F-006