

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

MEDICINA

Servicio

MEDICINA INTERNA - B

Nº de Cama	
------------	--



INTERCONSULTA

F-006