



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

REGISTRO DE PACIENTES PARA CONSULTAS Y PRACTICAS

Nombre y Apellido del profesional: _____

N° Mat.: _____

Domicilio del consultorio: _____

Tel.: _____

Hoja N°: _____

Especialidad: _____

Periodo facturado: _____

N° de Orden	Fecha	Numero de socio	Apellido y nombre del socio	Practica	Diagnostico	Firma del socio
01		800006				
02		800006				
03		800006				
04		800006				
05		800006				
06		800006				
07		800006				
08		800006				
09		800006				
10		800006				
11		800006				
12		800006				
13		800006				
14		800006				
15		800006				
16		800006				

Numero de boletin consultorio: _____

Firma del profesional: _____