

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERCONSULTANTE

OBSERVACIONES

RESULTADO DE LA INTERCONSULTA :

DIA	MES	AÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

VO. BO JEFE DE DEPARTAMENTO

MOTIVO :

PACIENTE :									
Nº DE EXPEDIENTE :									
EDAD :		AÑOS	SEXO :						
DIA	MES	AÑO							