

**FORMATO INTERNO PARA ENTREGA DE TARJETONES A
 AREA MEDICA**

	TARJETON NIÑA/O	HOJA S.P.		ÁREA MÉDICA RECIBE		TRABAJO SOCIAL RECIBE	
		SI	NO	NOMBRE/FIRMA	FECHA	NOMBRE/FIRMA	FECHA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							