

FORMULARIO DE JUSTIFICACIÓN DE TERCERA CONSULTA

CIUDAD _____ FECHA _____

NOMBRE DE USUARIO :

CÉDULA :

CÓDIGO CIE - 10 :

NOMBRE DE DIAGNÓSTICO :

FECHA DE LA ATENCIÓN QUE JUSTIFICA :

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA TERCERA CONSULTA :

(DESCRIBIR BREVEMENTE EL CUADRO CLÍNICO)

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR