



Sistema de Referencia

Hoja Solicitud de turnos

Unidad Sanitaria N°

Dirección

Fecha de Solicitud

Teléfono/FAX

Medico Solicitante:

Sello

Firma

Datos del Paciente

Nombre:

DNI

Apellido:

Fecha Nacimiento

Domicilio:

HC

Turno con Servicio de

Diagnóstico:

Resumen de H. Clinica:

Motivo de la solicitud:

El turno solicitado es para

Hora:

Presentarse en

Turno otorgado por:

Firma y Sello