

Vale de servicios

Datos del Personal

Expediente:

Nombre:

R.F.C.:

Modo de transporte:

Categoría:

Vale de servicios

Inicio del examen

Unidad Médica:

Módulo:

Proceso:

Fecha:

Servicios

Aplicado	Servicio	Hora de Ent.	Hora de Sal.	Firma
<input type="checkbox"/>	 Signos Vitales			
<input type="checkbox"/>	 Laboratorio			
<input type="checkbox"/>	 Cardiología			
<input type="checkbox"/>	 Gabinete de Psicología			
<input type="checkbox"/>	 Oftalmología			
<input type="checkbox"/>	 Odontología			
<input type="checkbox"/>	 Historia clínica			
<input type="checkbox"/>	 Audiología			
<input type="checkbox"/>	 Diagnósticos			
<input type="checkbox"/>	 Dictamen			