



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PLANILLA DE CONSULTAS MÉDICAS

Versión : 02
Código : F-07RP-GO-01
Fecha : 04/05/2015
Página : 1 de 1

Nombre del Médico:

Mes:

Nº	Fecha	Nº de adherente	Nombre / Apellido del Paciente	Firma del paciente	Diagnóstico o Motivo de Consulta
1.					
2.					
3.					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Quando se realicen más de 3 (tres) Consultas en el mes, favor aclarar el Diagnóstico. Esta Planilla debe ser presentada mensualmente antes del 10 de cada mes.

Fecha de Recepción:

Firma del Médico: