



**MATRICULA PROVINCIAL**       **DIGITO N°**  
 **APELLIDO**       **NOMBRE**

**ESPECIFICACION DE LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON LA PRACTICA**

**NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD** \_\_\_\_\_ **COD. ESPEC.** \_\_\_\_\_  
 **ALTA**       **FECHA**       **SI**  **NO**      \_\_\_\_\_ **TITULO**      \_\_\_\_\_ **FECHA**      \_\_\_\_\_ **COL. OTORGANTE**      \_\_\_\_\_ **VTO. RECERF. TITULO**  
**CATEGORIA** (\*)       \_\_\_\_\_ **BAJA**       **FECHA**

(\*) 1. MEDICINA GRAL. 2. ORIENTACION 3. AUTORIZADO 4. ESPECIALISTA

**DECLARACION DE PRACTICAS**

**COMPLETAR CON UNA CRUZ SEGUN CORRESPONDA**

**ANATOMIA PATOLOGICA**

150101	<input type="checkbox"/>	BIOPSIA POR INCISION O POR PUNCION-GANGLIO, LESION DE PIEL, TR
150102	<input type="checkbox"/>	ESTUDIO MACRO Y MICROSCOPICO DE PIEZA OPERATORIA SIMPLE-VESI
150103	<input type="checkbox"/>	ESTUDIO MACRO Y MICROSCOPICO DE PIEZA DE RESECCION ONCOLOGIC
150104	<input type="checkbox"/>	BIOPSIA POR CONGELACION Y ESTUDIO DIFERIDO DEL CORTE
150105	<input type="checkbox"/>	ESTUDIO BIOPSIKO SERIADO Y SEMISERIADO, MINIMO 15 CORTES
150106	<input type="checkbox"/>	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA
150107	<input type="checkbox"/>	CITOLOGIA EXFOLIATIVA HORMONAL
150108	<input type="checkbox"/>	NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE
150109	<input type="checkbox"/>	NECROPSIA DEL JOVEN Y DEL ADULTO
150110	<input type="checkbox"/>	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA BRONQUIAL
150111	<input type="checkbox"/>	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA DE LIQUIDOS
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

**AUDITORIA**

\_\_\_\_\_ **AUDITORIA FIRMA**      \_\_\_\_\_ **ACLARACION**      \_\_\_\_\_ **FECHA**  
 \_\_\_\_\_  
**OBSERVACIONES**  
 \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PROFESIONA**

\_\_\_\_\_ **FECHA DE RECEPCION**      \_\_\_\_\_ **FIRMA Y SELLO**

**SISTEMAS**

**PASADO CARTILLA**      \_\_\_\_\_ **FECHA**       **PASADO INSCRIPCIONES**      \_\_\_\_\_ **FECHA**      \_\_\_\_\_ **ALTA EN SISTEMA**