



MATRICULA PROVINCIAL **DIGITO N°**

APELLIDO **NOMBRE**

ESPECIFICACION DE LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON LA PRACTICA

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD **COD. ESPEC.**

ALTA **FECHA** **TITULO** **SI** **NO** **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

NEUROLOGIA

290101		ELECTROENCELOGRAFIA C/ACTIVACION SIMPLE
290102		ELECTROENCEFALOGRAFIA C/ACTIVACION COMPLEJA
290103		NISTAGMOGRAFIA. ELECTRORETINOGRAMA
290104		ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES O
290105		ELECTROMIOGRAFIA DE LOS CUATRO MIEMBROS
290106		ELECTROMIOGRAFIA CON VELOCIDAD DE CONDUCCION
290107		REFLEXOGRAMA PATELAR Y/O AQUILIANO
290108		CRONAXIMETRIA
290109		ELECTRODIAGNOSTICO
290110		REOGRAFIA CEREBRAL, CARDIACA O VASCULAR

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**