



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

OTORRINOLARINGOLOGIA

310101		EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO
310102		AUDIOMETRIA
310103		LOGOAUDIOMETRIA
310104		PRUEBAS SUPRALIMINARES, CADA UNA
310105		SELECCION DE OTOAMPLIFONOS
310107		TECNICA DE PROESTZ, HASTA 10 SESIONES
310109		IMPEDANCIOMETRIA
310110		EXAMEN FUNCIONAL DE NARIZ -RINOMANOMETRIA-
310111		EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN OIDO.EXTR.DE
310112		TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR
310113		TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTERIOR
310115		CAUTERIZACION DE NARIZ
310118		LARINGOSCOPIA DIRECTA
310120		EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL, S/INCISION
310122		OTOMOCROSCOPIA

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**