

DECLARACION DE PRACTICAS

ASOCIACION DE MEDICOS
DE GRAL. SAN MARTIN Y 3 DE FEBRERO



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

UROLOGIA

360101		URETROCISTOSCOPIA C/INSTRUMENTAL RIGIDO
360102		URETROCISTOFIBROSCOPIA
360105		CISTOTONOMANOMETRIA
360107		URETROSOCPIA

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