

5^{EB}



MUNICIPALIDAD DE
TEMUCO

CENTRO DE SALUD: _____

COMPROBANTE DE CITACIÓN DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: Nicole Nahuelvi RUN: 23.683.408-S

Nº DE FICHA: _____

FECHA	DIA	HORA
<u>Miércoles 02 Noviembre</u>		<u>11⁴⁰ hrs</u>

Dr. Vargas
NOMBRE Y FIRMA CIRUJANO DENTISTA