



RECETA MORBILIDAD

NOMBRE: Solra Ocares Villalva

N° FICHA: _____ EDAD: _____

C. DE IDENTIDAD: 22.930.142-4

POSTA/DIRECCION: _____

Rp.

Se indica el peso en
domicilio por 2 semanas
dentro ambiente por
equipo de salud mental.

Se solicita justificar
fuerza de trabajo desde lunes 19/05
hasta viernes 30/05.

FECHA: 23/05/16

FIRMA: _____

Dr. Augusto Holtheuer Le Foulon
MÉDICO CIRUJANO
18.640.283-9
ICM: 48971-9