



Nº Atención:
(uso interno)

NOMBRE: Ma Noelia Torres F

EDAD: _____ RUT: 22675380-K

DOMICILIO: _____

Rp.

Pg 1) Sinusitis
Aguda

Revol

2800 30/08/24

28 08 24
FECHA: ____ / ____ / 20 ____

FIRMA Y TIMBRE MÉDICO