

URGENCIA

NOMBRE: *Concepción Velasco Retamal*
Nº Ficha: *19406546-5* SALA/CAMA *5-22*

Dg.: *Gastroenteritis Ag.*

*Se indica reposo
en casa por
3 días*


Dra. Paola Cárdenas B.
Médico Cirujano
Rut: 17.718.651-1
RCM: 38.957-9

Imprenta Zalmón Fonos: 7373899 Stgo.

DÍA	MES	AÑO
<i>09</i>	<i>11</i>	<i>2016</i>