BRISTOL MEDICINE
Medicina por Médicos

Amenabar 1074 Capital Federal ☎ 3220-4900
e-mail: prestadores@bristolmedicine.com.ar

RESUMEN MENSUAL DE CONSULTAS Y/O PRACTICAS

MES.....AÑO.....INSTITUCIÓN.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL. **ESPECIALIDAD**

A PARTIR DE LA 3era CONSULTA MENSUAL DE UN MISMO AFILIADO ENVÍE COPIA DE HISTORIA CLINICA

FECHA	Nº AFILIADO	PLAN	APELLIDO Y NOMBRE	INDICAR CONSULTA O PRACTICA	DIAGNOSTICO	FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN