



RESUMEN MENSUAL DE CONSULTAS Y/O PRACTICAS

Amenábar 1074 CABA ☎ 3220-4900
e-mail: prestadores@bristolmedicine.com.ar

MES..... AÑO.....

INSTITUCIÓN.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN