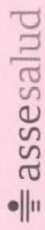




INOT

INSTITUTO NACIONAL
DE ORTOPEDIA
Y TRAUMATOLOGÍA



assesalud

**SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA
Y REHABILITACIÓN**

Nombre _____

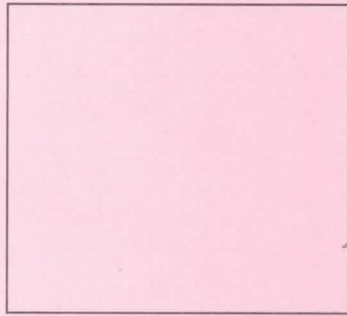
C.I. _____

Citado _____

Fecha _____

INDICACIONES MÉDICAS _____

Firma _____



CONTROL DE ASISTENCIA

1	21
2	22
3	23
4	24
5	25
6	26
7	27
8	28
9	29
10	30
11	31
12	32
13	33
14	34
15	35
16	36
17	37
18	38
19	39
20	40