

PLANILLA DE ASISTENCIA

ENSALUD

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:

EDAD:

AFILIADO N°:

PLAN

DIAGNOSTICO:

TIPO PRESTACION:

FECHAS

ATENCION FIRMA DEL PACIENTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL