PLANILLA DE ASISTENCIA

**ENSALUD**

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO: …………………………………………………………………………

EDAD: …………………….

AFILIADO Nº: ………………………………………………………………………………………………………

PLAN …………………………………………………………………………

DIAGNOSTICO: ……………………………………………………………………………………………………

TIPO PRESTACION: ………………………………………………………………………………………………

FECHAS ATENCION FIRMA DEL PACIENTE

…………………………… ……………………………

…………………………… ……………………………

…………………………… ……………………………

…………………………… ……………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO PROFESIONAL