

Apellido y Nombre:			LU:	
ROTACION	PERIODO	CENTRO ASISTENCIAL	FIRMA DEL RESPONSABLE	SELLO
CLINICA				
PEDIATRIA				
TOCGINECOLOGIA				
CIRUGIA				
SALUD MENTAL				
APS				

Autorizados a firmar: Coordinador del IAR/ Responsable de Modulo IAR/ Director UDH

