



Municipalidad de Ushuaia
Dirección de Bromatología

CONSTANCIA

Se deja constancia que el día:/...../....., se atendió a:
con D.N.I. N° y domicilio en:
arrojando los siguientes resultados:

PATOLOGIAS DERMATOLOGICAS	SI	NO
PATOLOGIAS BUCOFARINGEAS	SI	NO
ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	SI	NO
RX TORAX	SI	NO
HEMOGRAMA COMPLETO Y ENZIMAS HEPATICAS	SI	NO
ANALISIS FISICO-QUIMICO ORINA	SI	NO
ENSAYO V.D.R.L.	SI	NO

EXAMEN

CLINICO:
.....

Válido por un (01) año, a partir de la fecha de emisión. (Art. 21º - Inc. B – Ley 18.284).

FECHA:/...../.....

Sello y Firma Profesional Médico