

ROTACIÓN CLÍNICA MÉDICA SISTEMA DE MEDICATO INTERNO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

PERIODO DE ROTACIÓN EN CLÍNICA: _____

DÍA DE CONCURRENCIA A GUARDIA EXTERNA: _____

#SEMINARIOS Y PASES DE SALA: (mínimo 20)

Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:
Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:
Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:
Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma:	Fecha y firma: