**Anexo II**

|  |  |
| --- | --- |
| Registro de Uso | Código: AC- |
| Datos del Paciente | |
|
|
|
|
|
| Nombre y Apellido: | |
| Sexo: Edad: | |
| Diagnóstico: | |
|  | |
|
|
|
|
|
| Responsable: | |
| C.I. Nº: | |
| Teléfono de Contacto: | |
| Dirección: | |
| Correo Electrónico: | |
| Datos del Médico Tratante | |
|
|
|
|
|
| Nombre y Apellido: | |
| Especialidad: | |
| C.I. Nº: | Reg. Prof. Nº: |
| Teléfono de Contacto: | |
| Correo Electrónico: | |
| Dirección: | |