**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: |