

	TERAPIAS C.T.J	Código: CTJD-DV-FO-PL-001
	PLANILLAS CONTROL DE CITAS DOMICILIARIAS	Versión: 03
		Fecha: 16-01-2024
		Página 1 de 1

Nombre del Paciente:		N. Documento:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Celular:	
Dirección:		Vigencia Orden Medica:	
		N. de Orden Medica:	
		Medico Remitente	
Diagnostico:		Terapia Respiratoria: <input type="checkbox"/> Terapia Física: <input type="checkbox"/> Fonoaudiología: <input type="checkbox"/> Ocupacional: <input type="checkbox"/>	
Sesiones Totales:			

N.	FECHA	SESIONES	HORA		FIRMA DEL PACIENTE
			INICIO	FINAL	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

OBSERVACIONES

Nombre Terapeuta: _____